

Beantwoording feitelijke vragen door de Technische werkgroep Zorgkeuzes in Kaart

Op 31 maart 2015 zijn de resultaten van het traject Zorgkeuzes in Kaart in de Kamer aan de Vaste commissies voor Financiën en voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport gepresenteerd. In het verlengde van deze besloten presentatie heeft de Griffie van de Tweede Kamer met de Technisch werkgroep afgesproken dat er een schriftelijke beantwoording van feitelijke vragen over de rapportage en bijlagen zou volgen.

Het overzicht met deze feitelijke vragen is op 10 april 2015 door de Griffie aan de Technische werkgroep Zorgkeuzes in Kaart aangeboden. De schriftelijke beantwoording door de Technische werkgroep is vervolgens op 17 april 2015 aan de Griffie gestuurd. De stukken zijn geen officiële kamerstukken, maar zijn wel in het interne systeem van de Kamer geregistreerd.

Technische uitwerking van alle afzonderlijke beleidsopties

Nr.	Vraag	Blz.	van	tot
A001	Welke invloed kan het betrekken van simpele uitkomsten als bijvoorbeeld het aantal doorverwijzingen hebben op de kosten van de eerste- en tweedelijnszorg? Elementaire gegevens zijn doorgaans van groot belang bij kwantificeringen.	0		
A002	In hoeverre is er rekening mee gehouden dat een gezondere beroepsbevolking ook een productievere beroepsbevolking betekent? Welke invloed hebben preventie en het verkleinen van sociaal-economische gezondheidsverschillen bijvoorbeeld op de arbeidsproductiviteit? Zorgkeuzes in Kaart richt zich op de kosten en baten binnen de zorg voor een tijdshorizon van 10 jaar. De baten van preventie liggen echter deels buiten de zorg en treden vaak pas op lange(re) termijn op. Daarnaast ontbreekt de kwantificering van het causale effect van gezondheid op maatschappelijke uitkomst veelal. In de rapportage is dan ook geconstateerd dat preventie niet goed binnen het gehanteerde format van Zorgkeuzes in Kaart kan worden doorgerekend. Daarvoor is een andere methodiek nodig. Dit heeft geleid tot een aanbeveling in hoofdstuk 8.	0		
A003	In hoeverre is er rekening mee gehouden dat aanpassing van het zorgsysteem kan leiden tot minder afwenteling op (duurdere) tweedelijnszorg? Maakt dat onderdeel uit van de doorrekening van bijvoorbeeld uitkomstbepaling? Waar relevant is rekening gehouden met verschuivingen tussen deelsectoren.	0		
A004	Ten opzichte van KiK 2013 - 2017 worden er in zorgkeuzes in kaart bij veel maatregelen hogere transitiekosten in rekening gebracht. Waarom zijn deze transitiekosten eerder niet meegenomen? Welk veranderd inzicht ligt hieraan ten grondslag? In KiK 2013-2017 werd bij stelselwijzigingen wel gewezen op de soms omvangrijke transitiekosten, maar ze werden niet gekwantificeerd (op p.m. gezet). Blijkens de evaluatie van KiK werd dat ervaren als een onevenwichtigheid. Op basis van een raamwerk ontwikkeld door het onderzoeksbureau SiRM en een rekenregel ontworpen door de Technische werkgroep is die onevenwichtigheid weggenomen.	0		
A005	Welke groei zit er in het basispad voor de zorguitgaven na 2017? De maatregelen zijn omwille van de transparantie berekend op basis van de hoogte van de uitgaven in 2017, zonder groei nadien. Wanneer een nieuwe KiK zich aandient zullen de berekeningen worden geijkt aan de dan actuele uitgavenstand voor het basisjaar en de geraamde groei voor de jaren daarna.	0		
A006	Kan er een overzicht worden gegeven van de termijn waarop PM-en zullen of kunnen worden ingevuld? Er zijn twee redenen waarom een maatregel op p.m. staat. Bij sommige maatregelen heeft de Technische werkgroep de maatvoering zelf niet in willen vullen. Bij andere maatregelen ontbreekt vooralsnog cruciale informatie voor een goede inschatting. In hoofdstuk 8 van het rapport zijn daarom aanbevelingen gedaan voor nader onderzoek met oog op enkele p.m.-en.	0		
A007	De afgelopen jaren is er een aantal akkoorden gesloten. Ziet de werkgroep mogelijkheden voor nieuwe akkoorden na 2017? Indachtig de huidige ontwikkeling van de zorgkosten. Zie maatregel 062, 'Continueren macrobeheersinstrument en afsluiten nieuwe hoofdlijnenakkoorden'.	0		
A008	Op welke wijze kunnen partijen aanvullende maatregelen aandragen voor doorrekening tussen nu en een volgende ronde van Keuzes in Kaart? Het doel van Zorgkeuzes in Kaart is een zo volledig mogelijk overzicht van maatregelen en hun effecten. Daarom zijn partijen ook aan het begin van Zorgkeuzes in Kaart benaderd om maatregelen aan te leveren. Partijen die (beperkte) aanvullende maatregelen willen aandragen kunnen contact opnemen met het CPB om de mogelijkheden te verkennen.	0		

- A009 Voor hoeveel voorstellen die door politieke partijen zijn aangeleverd was het niet mogelijk om een doorrekening uit te voeren? 0
Alle maatregelen van politieke partijen zijn doorgerekend. Waar dit niet is gebeurd, omdat de maatregel niet paste binnen de taakopdracht van de Technische werkgroep of omdat de maatregel niet geconcretiseerd kon worden, is dit bilateraal aan de betreffende politieke partij teruggekoppeld.
- A010 Welk van de 104 voorstellen heeft het meeste rekentijd gekost? 0
De Technische werkgroep heeft daar geen administratie van bijgehouden en alle maatregelen hebben de volle aandacht gekregen.
- A011 Wat heeft de werkgroep nodig van de Tweede Kamerfracties om de voorstellen die betrekking hadden op preventie wel door te rekenen? 0
In de rapportage is geconstateerd dat preventie niet goed binnen het gehanteerde format van Zorgkeuzes in Kaart kan worden doorgerekend. Daarvoor is een andere methodiek nodig. Dit heeft geleid tot een aanbeveling in hoofdstuk 8.
- A012 Wat zou een realistisch tijdpad zijn voor het doorrekenen van zorgkosten op het gebied van preventie? 0
Zorgkeuzes in Kaart richt zich op de kosten en baten binnen de zorg voor een tijdshorizon van 10 jaar. De baten van preventie liggen echter deels buiten de zorg en treden vaak pas op op lange(re) termijn. In de rapportage is geconstateerd dat preventie niet goed binnen het gehanteerde format van Zorgkeuzes in Kaart kan worden doorgerekend. Daarvoor is een andere methodiek nodig. Dit heeft geleid tot een aanbeveling in hoofdstuk 8.
- A013 Raadt de werkgroep de Tweede Kamer aan om dit proces 'Zorgkeuzes in Kaart', te herhalen, bijvoorbeeld halverwege een volgende regeerperiode? Zo ja, waarom? Zo nee, waarom niet? 0
Dat is niet aan de Technische werkgroep Zorgkeuzes in Kaart om te bepalen.
- A014 Is het CPB zich bewust van de politieke impact van 'Zorgkeuzes in Kaart'? Op welke manier zijn er waarborgen in het proces geweest om een politiek neutraal document op te leveren? 0
Ja. De publicatie is tot stand gekomen zonder betrokkenheid van bewindspersonen. Het rapport is conform de procedure bij de studiegroep Begrotingsruimte opgesteld door een ambtelijke werkgroep, en zonder kabinetsreactie aangeboden aan de Tweede Kamer. Alle partijen vertegenwoordigd in de Tweede Kamer zijn uitgenodigd maatregelen aan te dragen.
- A015 Waarom is er niet eerder een separaat traject gestart om preventie voorstellen door te rekenen? 0
Geleidelijk werd duidelijk dat preventiemaatregelen niet goed tot hun recht komen in het ZiK-format.
- A016 Zijn er maatregelen door de technische werkgroep zelf aangedragen? Zo ja, welke? 0
De opdracht aan de Technische werkgroep was om een breed scala aan maatregelen in kaart te brengen. In totaal hebben tien politieke partijen beleidsopties aangedragen. In het verlengde daarvan is een aantal technische varianten in beeld gebracht, wat uiteindelijk heeft geleid tot ruim honderd geanonimiseerde beleidsopties voor de zorg.
- A017 Waarom zijn zogenaamde 'transitiekosten' bij eerdere doorrekeningen van zorghervormingen niet meegenomen? 0
Zie het antwoord op vraag A004.
- A018 Op welke wijze is en waarover er contact geweest tussen het ministerie van VWS en het CPB over ZiK? 0
Vooraf is contact geweest tussen de betrokken ministeries en het CPB over de taakopdracht van de Technische werkgroep. Tijdens het proces hebben de leden van de Technische werkgroep, bestaande uit medewerkers van de betrokken ministeries en het CPB, de werkzaamheden verricht.
- A019 Welke preventievoorstellen acht het CPB het meest kansrijk? 0
De Technische werkgroep doet geen uitspraken over de voorkeur voor enige beleidsopties.

A020	Zal het CPB voortaan ook bij de doorrekening van andere stelselwijzigingen en hervormingen buiten de zorg de transitiekosten afzonderlijk in beeld brengen? Zo ja, wordt hierbij dan ook uitgegaan van 1,5% van de budgettaire grondslag?	0
	Dat is afhankelijk van de ingrijpendheid van de stelselwijziging; de mate waarin de regelgeving aangepast moet worden, de mate waarin actoren een andere rol krijgen toebedeeld en de gedragsveranderingen van deze actoren die nodig zijn om het beoogde doel van de transitie de bewerkstelligen. Het CPB zal politieke partijen voorafgaand aan de volgende KIK informeren of en zo ja voor welke stelselwijzigingen buiten de zorg en in welke mate dit geldt.	
A021	Hoe komt u tot de aanname van een besparing van 'slechts' 85 miljoen? Indien een overheadreductie van slechts 1% zou worden gerealiseerd op de WLZ (18 miljard) levert dat al 180 miljoen op. De overheadverschillen tussen de best en slechtst presenterende zorgorganisaties zijn echter vele malen groter dan 1%. Is er niet een veel groter bedrag te besparen indien beter presterende zorgorganisaties (met een lagere overhead) de norm gaan zetten?	12
	De opbrengst van de maatregel is gelegen in de tariefsverlaging van 2% voor instellingen die de norm niet halen. De omvang van de Wlz is 16,9 miljard in 2017.	
A022	002 “Overhead- en ziekteverzuimnormen in de Wet langdurige zorg” Bij deze maatregel staat aangeven dat de uitvoering anderhalf tot 2 jaar duurt. Daarom kent de technische werkgroep hier ook pas in het derde jaar financiële middelen aan toe. Waarom duurt het twee jaar om dit in te voeren? En waarom kiest men niet voor een zogenaamde getrapte invoering?	12
	Er is anderhalf tot twee jaar nodig voor het ontwikkelen van een definitie en bijbehorende normen, het vaststellen van de tarieven en het inrichten van de inkoopprocedure. De implementatie van de maatregel kost dus tijd. Getrapte invoering is niet onderzocht.	
A023	Zou een overheadnorm op andere gebieden van de zorg, dan ziekenhuizen, wel mogelijk in te voeren zijn?	14
	Ja, zie maatregel 002 ‘overheadnorm in de Wet langdurige zorg’.	
A024	Van welk tijdpad voor de daling van longkankerincidentie door minder roken gaat de technische werkgroep uit, van welke dalingen in welke jaren? Kunnen de langetermijneffecten (> 10 jaar) van een reductie van het aantal rokers alsnog gekwantificeerd worden? Hoe groot zijn deze?	17
	Deze maatregel is niet opgenomen binnen Zorgkeuzes in Kaart. In de rapportage is geconstateerd dat preventie niet goed binnen het gehanteerde format van Zorgkeuzes in Kaart kan worden doorgerekend. Daarvoor is een andere methodiek nodig. Dit heeft geleid tot een aanbeveling in hoofdstuk 8.	
A025	Volgens Zorgkeuzes in Kaart liggen de baten voor de volksgezondheid van preventie in ‘deze situatie’ (wanneer roken en overgewicht in Nederland in één keer zouden worden uitgebannen) vooral in de waarde van een langer en gezonder leven. Kan de technische werkgroep deze waarde in QALY’s en in geld uitdrukken? (lieft ook uitgesplitst naar roken en overgewicht)	17 18
	In de rapportage is geconstateerd dat preventie niet goed binnen het gehanteerde format van Zorgkeuzes in Kaart kan worden doorgerekend. Daarvoor is een andere methodiek nodig. Dit heeft geleid tot een aanbeveling in hoofdstuk 8.	
A026	005 Loonindexatie; voor hoeveel jaar is deze maatregel maximaal mogelijk?	18
	In de beleidsoptie zijn twee varianten berekend, namelijk een korting gedurende een jaar en een korting gedurende twee jaar. Op korte termijn hangt de ruimte om budgetten te korten vooral af van de vraag of zorgaanbieders op het moment waarop de maatregel wordt genomen overreserves hebben of niet. Daar is nu moeilijk een uitspraak over te doen. Op lange termijn kan de budgetkorting niet worden opgevangen door in te teren op reserves maar alleen door efficiënter te werken of kwalitatief minder zorg te verlenen.	
A027	Wanneer zijn de resultaten van het project "preventie in de zorgstelsels" te verwachten? Valt er al iets te zeggen over de voorlopige conclusies?	18
	De beantwoording van de Motie van het lid Wolbert over een betaaltitel voor preventie in	

de Zorgverzekeringswet (Kamerstuk 340 000-XVI nr. 65) valt buiten de taakopdracht van Zorgkeuzes in Kaart.

- A028 Waarom is er gekozen om de baten/lasten van de eerste twee jaar op 0 te ramen, terwijl de overige jaren p.m. worden gezet? Was het niet betrouwbaarder geweest om de opbrengsten in jaar 1 en 2, daar deze maatregelen technisch lastig uitvoerbaar blijkt te zijn, ook als p.m. te beoordelen? 18
- Omdat de implementatietermijn twee jaar is, staat in de tabel bij de jaren 1 en 2 een 'nul'. Daarna staat een 'p.m.' omdat de opbrengsten niet kunnen worden ingeschat.**
- A029 Een verplicht loonverband kan leiden tot een vlucht over de grens. Op basis van welk onderzoek wordt dat gesteld? Hoe groot wordt de kans hierop geschat? 19
- Dit is één van de mogelijke kwalitatief beschreven gedragsreacties die het gevolg kunnen zijn van deze maatregel indien artsen veel waarde hechten aan het werken in een maatschap. Voor wat betreft dit aspect is geen literatuur geraadpleegd en er is in de berekening van de budgettaire effecten geen rekening mee gehouden. Er is dus ook geen inschatting gemaakt van de kans hierop.**
- A030 De verschillen in zorguitgaven tussen de verschillende varianten ontstaan pas vanaf jaar 4. Hoe is dit te verklaren? 19
- Gedurende de implementatieperiode in de eerste drie jaar zijn er alleen transitiekosten, die volgens de vaste rekenregel zijn berekend.**
- A031 Waar is de 1 procent volumedaling op gebaseerd indien specialisten in loondienst gaan? Is het niet zo dat in een ziekenhuis artsen in loondienst vaak meer collectieve werkzaamheden verrichten die invloed hebben op de directe 'productie' van een arts in loondienst dan vrij gevestigden? 19
- Dit klopt, met name in UMC's besteden artsen in loondienst tijd aan zaken zoals onderzoek, onderwijs etc. Maar bij het verplichten van loondienst verandert de functie van het ziekenhuis in het ziekenhuislandschap (bijv. een perifeer ziekenhuis) niet. De berekening gaat uit van het verschil in daadwerkelijk gewerkte uren (4%). Rekening houdend met het feit dat ook in loondienst sterke volumeprikkels ingebouwd kunnen worden rekent de Technische werkgroep met een verschil van 1% in productie.**
- A032 Waarom is de implementatietermijn 5 jaar, terwijl in de tekst uit gegaan wordt van 3 jaar implementatietermijn? 19
- De implementatietermijn is drie jaar. Dan is de wet ingevoerd. Daarna duurt het nog een tijd voordat een nieuw evenwicht is bereikt. Dan pas is de transitie afgerond. In totaal wordt uitgegaan van vijf jaren met transitiekosten. Implementatietermijn en transitieperiode zijn dus niet hetzelfde.**
- A033 Er wordt uitgegaan van 1,5% transitiekosten, waarom 1,5%? En is dat in elk jaar hetzelfde? 19
- De 1,5% is een schatting op basis van onderzoek. Een literatuuronderzoek naar transitiekosten bij stelselwijzigingen in andere landen heeft geen eenduidig en bruikbaar beeld opgeleverd. Daarom is onderzoeksbureau SIRM gevraagd een algemeen kader voor transitiekosten op te stellen. Dat kader hebben we op een aantal transities toegepast en daar een vuistregel van afgeleid. De Technische werkgroep heeft de vuistregel van 1,5% per jaar als een ondergrens gehanteerd. Indien voor een bepaalde transitie concrete gegevens over transitiekosten beschikbaar komen, vervangen die de vuistregel.**
- A034 Aan de hand van welk recent beschikbaar gekomen onderzoek is geprobeerd een inschatting te maken van de effecten van artsen in loondienst (p. 21, technische uitwerking)? 19
- Zie voetnoten op pagina 20 van bijlage 3 (Technische uitwerking van alle afzonderlijke**

beleidsopties). Om de compensatie van medisch specialisten in te schatten zijn juristen van verschillende departementen geraadpleegd.

- A035 Hoe is te verklaren dat het CPB eerder aangaf dat loondiensters minder dwang hebben tot het draaien van (meer) omzet en dat dit nu achterwege is gelaten?¹ 19
- Er is rekening gehouden met een volumedaling van 1 % als gevolg van het kleiner worden van productieprikkels. Omdat het ook onder loondienst mogelijk is om sterke volumeprikkels in te bouwen (het ziekenhuis heeft die prikkel wel), is de productiedaling naar verwachting niet groter.**
- A036 006 In KiK is de maatregel medisch specialisten verplicht in loondienst als dermate complex beoordeeld dat er geen opbrengst aan werd toegekend, de kosten en opbrengst vielen tegen elkaar weg. Op basis van welke informatie is er nu een besparingsverlies oplopend tot boven de € 2 miljard aan toegekend? 21
- Het CPB heeft destijds aangegeven dat de maatregel veel onzekerheden kent en zette het effect daarom op p.m. Gebruikmakend van beschikbaar gekomen onderzoeken heeft de Technische werkgroep alsnog een inschatting van de effecten gemaakt (zie ook voetnoot 9 op pagina 21 in bijlage 3 betreffende de goodwill). Zie verder het antwoord op vraag A034.**
- A037 Kan nader worden uitgelegd waarom maatregel 006; medisch specialisten verplicht in loondienst; in jaar 1,2 en 3 € 150 miljoen kost? 21
- Dit zijn transitiekosten, ter hoogte van 1,5 % per jaar over de helft van de totale medisch specialistische zorg. De helft van de specialisten is immers al in loondienst en wordt niet geraakt door deze maatregel.**
- A038 Op basis van welke informatie is gebaseerd dat het beroep van medisch specialist minder aantrekkelijk wordt, mochten medisch specialisten onder de WNT komen te vallen? 23
- Omdat de beloning van medisch specialisten gemaximeerd wordt, wordt het beroep financieel minder aantrekkelijk. Onduidelijk is hoe de maatregel uitwerkt op de motivatie om arts te worden, omdat dit ook beïnvloed wordt door zaken als werkdruk, het aantal gewerkte uren per week, etc. Dit is ook aangegeven in het rapport.**
- A039 Met een investering van 1.4 miljard kan 19.600 FTE werkgelegenheid worden gecreëerd. In de tabel wordt aangegeven wat hiervan de kosten zijn en uitgewerkt wordt dat wellicht niet de hele investering naar banen gaat. Maar levert het plan niet ook geld op? Doordat banen worden gecreëerd wordt op andere posten, bijvoorbeeld uitkeringen en kwaliteit van zorg, toch ook geld bespaard? En zijn opbrengsten meegewogen van besparingen die plaatsvinden, omdat mantelzorgers minder worden overbelast door het creëren van werkgelegenheid? Hoe zijn die opbrengsten meegenomen in de berekening? 30
- De effecten die buiten de zorg optreden, zijn in Zorgkeuzes in Kaart niet doorgerekend. Dit wordt in een (macro)doorrekening in Keuzes in Kaart wel gedaan. Er kan een positief effect zijn op de kwaliteit van zorg, dit vertaalt zich niet eenvoudig tot lagere zorgkosten elders. Hetzelfde geldt voor het effect op mantelzorgers.**
- A040 010: Bij deze maatregel wordt een aantal mitsen en maren ingevoerd betreffende het effect dat deze maatregel zal hebben op de toename van werkgelegenheid in de langdurige zorg. De technische werkgroep meldt dat instellingen de middelen ook anders inzetten. Waarom is er niet gekozen een verplichting in te stellen om het geld te verkrijgen? En waarom stelt de technische werkgroep vervolgens dat deze extra middelen leiden tot 19.600 Fte? 30
- Inderdaad kunnen aan het verstrekken van geld voorwaarden verbonden worden. Maar ook dan kan een deel van het geld voor het banenplan gebruikt worden voor werkzaamheden die zonder het banenplan ook al verricht zouden worden ('dead weight**

¹ In ziekenhuizen is te zien dat de betaling per behandeling zorgt voor een sterke groei van het aantal behandelingen. Er zijn dan ook sterke signalen dat de groei is geïnduceerd door de aanbodzijde, door de zorgverleners, omdat deze per behandeling betaald krijgen. Artsen die in loondienst werken hebben niet de prikkel om meer te produceren, dus die doen dat ook minder (P. 26-27).
www.cpb.nl/sites/default/files/publicaties/download/cpb-discussion-paper-208-effect-physician-fees-density-differences-regional-variation-hospital-treat_0.pdf.

loss'). De berekening van het aantal fte is gebaseerd op het gemiddelde aandeel arbeidskosten voor elke euro die omgaat in de langdurige zorg. Dit aandeel is 70%. De totale arbeidskosten zijn vervolgens gedeeld door de gemiddelde loonkosten per fte.

- A041 013 Is in de oploop van de opbrengst gerekend met groei in de zorg? Wat verklaart de beperkte oploop tussen t=4 en t=10? 37
- De oploop is het gevolg van het doorlopen van bestaande trajecten onder de oude voorwaarden, ook na t=4. Er is niet gerekend met groei in de zorg. Zie daarvoor het antwoord op vraag A005.**
- A042 Eerder onderzoek naar het functioneren van Buurtzorg (o.a. door KPMG Plexis) heeft laten zien dat er forse besparingen zijn te realiseren indien de Buurtzorg-werkwijze landelijk als norm wordt gesteld. Waarom wordt dat bewust niet meegenomen? Waarom wijken de bedragen bij ZiK af van die van het KPMG-onderzoek? 38
- Omdat zorgaanbieders private partijen zijn is het niet mogelijk om een bepaalde werkwijze verplicht op te leggen. De Buurtzorg-werkwijze kan hooguit gestimuleerd worden. In het KPMG-Plexus rapport, waarvan de Technische werkgroep mede gebruik heeft gemaakt, ontbreekt de beleidsanalyse: welke maatregel zou de rijksoverheid kunnen nemen om een verandering teweeg te brengen? Daardoor wordt uit het KPMG-Plexus rapport niet duidelijk dat de mogelijkheden van de overheid om de werkwijze in een sector te veranderen beperkt zijn, en dat zelfs de beste overheidsmaatregelen nog contraproductieve neveneffecten zullen hebben.**
- A043 014 Onderdeel b (bewezen effectiviteit) wordt niet ingevoerd omdat er onvoldoende wetenschappelijk onderzoek is. Tegelijkertijd gaan zeven wetenschappelijke verenigingen evalueren welke behandelingen op hun terrein het meest effectief zijn. Nog niet zo lang geleden stond in een artikel op Skipr (<http://www.skipr.nl/actueel/id17520-specialisten-komen-met-lijst-onzinbehandelingen.html>) dat honderden miljoenen uitgegeven wordt aan medische zorg waarvan de beroepsgroep zegt dat ze niet effectief zijn (bijv. gynaecologie). Wanneer kan dit onderzoek gedaan worden? 38
- De vraag naar de onderzoeksplanning ligt buiten de reikwijdte van de Technische werkgroep.**
- A044 015 Is het onderscheid dat op leeftijd wordt gemaakt niet in strijd met onze eigen grondwet? 42
- Zijn de private uitgaven van 60 en 225 euro respectievelijk voor hoorapparaten en incontinentiemateriaal per jaar of per maand? In geval van per jaar is dat reëel? Te meer daar de incontinentiematerialen in de Zvw nu al gemaximeerd zijn op een bepaald aantal per dag.
- De grondwet bevat geen direct verbod op het maken van onderscheid naar leeftijd. De private uitgaven zijn berekend op jaarbasis en per gebruiker. Voor de berekening zijn de laatst beschikbare realisatiecijfers in de Zvw gebruikt (2013). De uitgaven binnen de Zvw bedroegen 800 euro per gebruiker per jaar voor de auditieve hulpmiddelen en 300 euro per gebruiker per jaar voor de incontinentiematerialen. Aangenomen is dat wanneer er geen vergoeding meer is voor deze hulpmiddelen binnen de Zvw, ze voor 75% uit eigen portemonnaie betaald zullen worden. De redenen hiervoor zijn een lager gebruik en lagere prijzen door de toegenomen marktprikkel. Dit leidt tot eigen betalingen van 600 euro per gebruiker per jaar voor de auditieve hulpmiddelen (in de tekst op p. 43 staat per abuis 60 euro, er is een nul weggevallen) en 225 euro per gebruiker per jaar voor de incontinentiematerialen.**
- A045 015 Klopt het dat deze maatregel niet interfereert met maatregelen 011 en 012? 43
- Ja. Beleidsoptie 015 is toegespitst op de pakketonderdelen auditieve hulpmiddelen en incontinentiematerialen. Deze geven geen interactie-effect met de beleidsopties 011 en 012.**
- A046 Waar is de basis 3x2 uur kraamzorg op gebaseerd? Waarom zou dit voldoende zijn voor het op orde krijgen van de basiszorg vlak na een bevalling? 44
- Zie het antwoord bij vraag A052.**
- A047 Waarop is de aanname gebaseerd dat er voor 50% van de gezinnen niets veranderd. 44
- Zie het antwoord bij vraag A052.**
- A048 Waarop is gebaseerd dat er bij 30% van de gezinnen geen vergroot risico is? 44

	Zie het antwoord bij vraag A052.		
A049	Waarop is gebaseerd dat 20% van de gezinnen een verhoogd risico heeft?	44	
	Zie het antwoord bij vraag A052.		
A050	Hoe is in de aanname de inkomensafhankelijke bijdrage vormgegeven? Hoe wordt deze bepaald?	44	
	Zie het antwoord bij vraag A052.		
A051	Waarop is inschatting van het benodigde aantal uren vervolgkraamzorg gebaseerd?	44	
	Zie het antwoord bij vraag A052.		
A052	016 Kraamzorg, waar is de 20% complexe gevallen op gebaseerd? Op welke wijze is de handhaving geregeld?	45	
	Bij beleids optie 016 is een bepaalde variant geanalyseerd; de aannames zijn gedaan op basis van expert opinion van de Technische werkgroep. Andere keuzes zijn mogelijk wat betreft maatvoering, uitvoering en handhaving.		
A053	018 Wat wordt er bedoeld met de zin dat gemeenten niet meer de mogelijkheid hebben die zij nu wel hebben om zelf te bepalen of en in hoeverre vermogen in aanmerking wordt genomen bij het bepalen van de eigen bijdragen in kader van de Wmo 2015?	48	
	Met de zin wordt bedoeld dat gemeenten op dit moment beperkte vrijheid hebben om de hoogte van de eigen bijdrage Wmo vast te stellen. Onderdeel van de maatregel is dat die vrijheid vervalt.		
A054	018 Wat verklaart de terugloop in de opbrengst tussen t=3 en t=4, kan dit nader worden toegelicht?	49	
	Het vermogen van degenen die een eigen bijdrage betalen, slinkt door de eigen bijdragen. Als het vermogen zodanig afneemt dat de grondslag sparen en beleggen kleiner wordt dan nul, dan vervalt de eigen bijdrage en zal ook de macro opbrengst van de eigen bijdrage afnemen.		
A055	Hoe wordt de opbrengst van de eigen bijdrage gebruikt om het eigen risico te verlagen?	53	54
	De opbrengst wordt gebruikt om het generiek eigen risico met 11 euro per verzekerde te verlagen.		
A056	Waarop is het remeffect van 30% gebaseerd?	53	54
	De introductie van een eigen bijdrage zal de vraag naar wijkverpleegkundige zorg afremmen. Daar staat tegenover dat door het verlagen van het generieke eigen risico de curatieve zorg iets minder wordt afgeremd. Per saldo neemt het remeffect toe. Wijkverpleging bestaat voor de meerderheid van de cliënten uit persoonlijke verzorging en daarom rekenen we met een groter remeffect dan bij curatieve zorg. Het remeffect is 30% vanwege de ruimere substitutiemogelijkheden naar niet collectief gefinancierde persoonlijke verzorging.		
A057	Waarop is de opbrengst van 83 miljoen per jaar gebaseerd?	53	54
	Zie de eerste tabel op pagina 54 van de bijlage bij het rapport: 83 miljoen euro staat in de laatste kolom van deze tabel. Het bedrag is de optelsom van de getallen in rijen erboven (let op afronding van getallen). De getallen in de kolom 'opbrengst eigen bijdrage (x mln euro)' komen voort uit de getallen in de overige kolommen in de desbetreffende tabel.		
A058	Waarop is de aanname van 20 miljoen uitvoeringskosten door het CAK gebaseerd?	53	54
	Deze is gedaan op basis van beschikbare informatie over uitvoeringskosten van andere regelingen en in relatie tot de complexiteit van de uitvoering.		
A059	Hoe is het uitstel-effect en de negatieve gezondheidseffecten die daarop volgen meegenomen, indien mensen de zorg langer dan verstandig is uitstellen?	57	
	Deze effecten zijn onderdeel van de prijselasticiteit die wordt gerapporteerd in literatuur en waarmee is gerekend.		
A060	Waarop is de aanname gebaseerd dat het aantal verwijzingen naar de tweede lijn afneemt en met hoeveel zal deze vraag afnemen?	57	
	Zie bijvoorbeeld: Ven, W.P.M.M. van de, F.T. Schut. 2010. Is de Zorgverzekeringswet		

een succes? TPedigitaal 4(1): 1-24. De auteurs splitsen overigens het effect van het eigen risico voor huisartsenzorg op tweedelijnszorg niet uit.

A061	Waarop is de aanname gebaseerd dat vooral mensen met kleine, niet-zorgbehoevende klachten de huisarts mijden en hoe heeft zich dit door vertaald naar de aannames over de negatieve uitsteleffecten en gezondheidseffecten?	57	
	Deze aanname is niet gemaakt.		
A062	030 Waarom heeft de technische werkgroep geen onderscheid gemaakt tussen medische hulpmiddelen en overige hulpmiddelen? Is dat een bewuste keuze? Zo ja waarom? Zo nee, waarom niet?	75	
	Voor deze beleidsoptie zijn geen varianten uitgewerkt waarin onderscheid wordt gemaakt tussen medische hulpmiddelen en overige hulpmiddelen. De eigen bijdrage geldt voor alle extramurale hulpmiddelen.		
A063	Waarop is de macro-opbrengst van 45 miljoen euro gebaseerd?	77	78
	Cijfers van CBS Statline en Zorginstituut Nederland uit 2014.		
A064	Waarop is de aanname gebaseerd dat de opbrengst van het eigen risico met 15 miljoen euro afneemt?	77	78
	Dit bedrag is ontleend aan een model dat de opbrengsten van het eigen risico raamt.		
A065	Waarop is de aanname gebaseerd dat mensen die noodzakelijke tandheelkundige zorg nodig hebben niet prijsgevoelig zijn?	77	78
	Bij zowel kaakchirurgische zorg als bijzondere tandheelkundige zorg gaat het om verzekerden met ernstige aandoeningen voor wie zorg noodzakelijk is. Volgens Van Vliet (2004) is de prijselasticiteit van medisch specialistische zorg -0,04. De elasticiteit van zulke zorgtypen is dus laag (ook die van medisch specialistische tandheelkundige zorg). Op basis van deze overwegingen wordt geen noemenswaardig remeffect verondersteld.		
A066	Hoe is het aanbod aan aanvullende verzekeringen meegenomen in de aannames?	77	78
	Er is geen noemenswaardig effect op het aanbod van aanvullende verzekeringen.		
A067	Waarop is de aanname gebaseerd dat 25% van de HAP-bezoekers naar de gewone huisarts gaan?	80	81
	De aanname is dat de substitutie naar de gewone huisarts en SEH samen 25% is. Op basis van de beschikbare informatie acht de Technische werkgroep dit een plausibele veronderstelling.		
A068	Waarop is het remeffect van 5 miljoen euro gebaseerd?	80	81
	Deze is afgeleid uit de beschikbare literatuur (zie de bronverwijzingen op pagina 81). Het remeffect voor bezoeken aan de huisartsenpost is naar verwachting iets minder sterk dan voor andere typen curatieve zorg.		
A069	Waarom wordt voor zelfverwijzers geen remeffect verwacht? Welke aannames liggen hier aan ten grondslag?	80	81
	Het remeffect voor zelfverwijzers is naar verwachting niet noemenswaardig vanwege de relatief lage eigen bijdrage en het huidige systeem van doorverwijzing en triage. Zelfverwijzers die om praktische redenen de HAP bezoeken zouden de eigen bijdrage kunnen zien als een afkoopsom en daardoor weinig geremd worden.		
A070	Wat is het aangenomen verschil tussen het remeffect en het substitutie effect? Hoe groot is dat?	80	81
	De substitutie is 10 miljoen euro per jaar. Het remeffect is 5 miljoen euro.		
A071	Hoe is het effect van minder ziekenhuisdeclaraties door verminderde toestroom naar de SEH meegenomen in de berekening? En hoe zijn de effecten op het eigen risico hierin meegenomen?	80	81
	Er is niet gerekend met het effect van minder ziekenhuisdeclaraties door verminderde toestroom naar de SEH.		
A072	Van welke "andere belanghebbenden" vanuit het brede zorgwelzijnsveld veronderstelt de technische werkgroep dat ze een bijdrage kunnen leveren aan het preventiefonds, en voor hoeveel?	86	

Hierbij kan gedacht worden aan de partijen betrokken bij het Nationaal Programma Preventie (NPP), zoals gemeenten, bedrijfsleven, onderwijs-, welzijns- en milieuorganisaties. Uitspraken over de hoogte van de bijdragen van deze partijen vallen buiten de reikwijdte van de taakopdracht van Zorgkeuzes in Kaart.

A073	Welke precieze invulling van de uitgaven in het kader van deze beleids optie heeft de technische werkgroep verondersteld? Waarom is er niet verondersteld dat er middelen uit het preventiefonds worden uitgetrokken voor tabaksontmoediging en stoppen met roken? Hier is als budgettaire grondslag 1% van het niveau van de zorguitgaven voor de curatieve zorg in 2017 (stand VWS-begroting 2015) gehanteerd. Het is mogelijk om de middelen te bestemmen voor de genoemde doelen.	86	
A074	Wat dragen de drie genoemde uit het preventiefonds te bekostigen zaken (voorkoming echtscheiding, tienermoederopvang en e-health/domotica) bij aan preventie/gezondheidsbevordering? De drie thema's zijn in combinatie met het oprichten van een preventiefonds als maatregel geanalyseerd. In de rapportage is geconstateerd dat preventie niet goed binnen het gehanteerde format van Zorgkeuzes in Kaart kan worden doorgerekend. Daarvoor is een andere methodiek nodig. Dit heeft geleid tot een aanbeveling in hoofdstuk 8.	86	
A075	Van welke 'andere belanghebbenden' vanuit het brede zorgwelzijnsveld veronderstelt de technische werkgroep dat ze een bijdrage kunnen leveren aan het preventiefonds, en voor hoeveel? Zie het antwoord op vraag A072.	86	
A076	Bij deze maatregel wordt uitgegaan van een intensivering van 315 miljoen euro door het Rijk, plus 150 miljoen euro door gemeenten. Waarom wordt voor de effecten van Rijksuitgaven dan een intensivering van 470 miljoen euro gerekend? De maatregel laat in het midden hoe de beoogde financieringsschuif in praktijk wordt gerealiseerd (ontbreken van een stok achter de deur) en is daarom als een enkele intensivering uitgewerkt. De maatregel sluit aan bij het kernadvies van Raad voor Volksgezondheid en Zorg ('Preventie van welvaartsziekten').	86	
A077	Waarom is er minimaal een jaar nodig voor de invoering? Welke aannames liggen daaraan ten grondslag? Er is van uitgegaan dat het eerste jaar in het teken staat van het invullen van de randvoorwaarden zoals het bepalen van het lokale/regionale gezondheidsbeleid en vormgeving van de onderlinge samenwerking.	86	87
A078	Waarom beperkt het preventiefonds zich slechts tot genoemde drie taken? Waarom is een uitbreiding van de taken niet meegenomen in de berekening? Mede gezien de beperkte mogelijkheden om de maatschappelijke effecten van preventiemaatregelen door te rekenen (zie het antwoord op vraag A079) heeft de Technische werkgroep deze maatregel niet meer in detail uitgewerkt.	86	87
A079	Waarom zijn de mogelijke besparingen door het preventiefonds niet doorgerekend? In de rapportage is geconstateerd dat preventie niet goed binnen het gehanteerde format van Zorgkeuzes in Kaart kan worden doorgerekend. Daarvoor is een andere methodiek nodig. Dit heeft geleid tot een aanbeveling in hoofdstuk 8.	86	87
A080	Had niet beter kunnen worden volstaan met 'dit is niet door te rekenen', in plaats van toch de budgettaire effecten door te rekenen terwijl de inverdieneffecten onbekend zijn en hier nog een IBO voor nodig is? De aangedragen maatregel resulteert in een intensivering wanneer het analysekader van Zorgkeuzes in Kaart wordt toegepast. Daarbij is in de rapportage geconstateerd dat preventie niet goed binnen het gehanteerde format van Zorgkeuzes in Kaart kan worden doorgerekend. Daarvoor is een andere methodiek nodig. Dit heeft geleid tot een aanbeveling in hoofdstuk 8.	86	87
A081	Waarom zijn de mogelijke besparingen door het preventiefonds niet doorgerekend? Zie het antwoord op vraag A079.	88	89
A082	Had niet beter kunnen volstaan met 'dit is niet door te rekenen', in plaats van toch de	88	89

budgettaire effecten door te rekenen terwijl de inverdieneffecten onbekend zijn en hier nog een IBO voor nodig is?

Zie het antwoord op vraag A080.

A083	Hoe zijn de inverdieneffecten, zoals het verbeteren van de leefstijl, van deze maatregel meegenomen?	90	91
	Deze effecten zijn in de berekening niet meegenomen. Om de baten van het voorkomen van vervolgttrajecten en de kosten van extra vervolgttrajecten door de preventieve health check mee te kunnen nemen in de berekening zijn de resultaten van het lopende effectiviteitsonderzoek benodigd.		
A084	Op basis van welke aannames over het aantal personen dat een health check wil ondergaan is de intensivering van middelen berekend?	90	91
	Bij de berekening van de budgettaire effecten is gebruik gemaakt van de kosten per normpraktijk uit de rapportage Maatschappelijke Businesscase PreventieConsult uit 2013.		
A085	Had niet beter kunnen worden volstaan met 'dit is niet door te rekenen', in plaats van toch de budgettaire effecten door te rekenen terwijl de inverdieneffecten onbekend zijn en hier nog kosteneffectiviteitsonderzoek voor nodig is?	90	91
	Zie het antwoord op vraag A080.		
A086	Waarom is alleen het beschikbare bedrag voor bonussen meegenomen in de budgettaire effecten?	92	
	Een plus in de tabel betekent dat de maatregel geld kost. De bonussen moeten door de zorgkantoren worden uitgekeerd.		
	Zie het antwoord op vraag A080.		
A087	Waarom is geen poging gedaan om de inverdieneffecten van minder uitdroging/ondervoeding en verwachte kwaliteitsverbeteringen van de zorg meegenomen in de berekening?	92	
	Zie het antwoord op vraag A080.		
A088	Waarom is alleen de kostenkant van de maatregel meegewogen?	92	
	Zie het antwoord op vraag A080.		
A089	Waarom zijn er geen aannames gemaakt over het percentage ouderen dat minder (snel) uitgedroogd en ondervoed raakt door de maatregel?	92	
	Zie het antwoord op vraag A080.		
A090	041 De uitvoerbaarheid zou hier lastig liggen, hoe verhoudt dit zich tot de huidige beschikbaarheidsbijdrage waar wel sprake is van een harde inperking? Waarom zou dit argument voor dure infrastructuur hier niet opgaan? Waar is de 5% doelmatigheidsbesparing op gebaseerd?	95	
	De uitvoerbaarheid is lastig om juridische redenen. De vergelijking met de beschikbaarheidsbijdrage gaat niet op, omdat de spoedeisende hulp non-concurrentieel is en een beschikbaarheidsbijdrage SEH's dus geen ongeoorloofde staatssteun. In het licht van de beschikbare informatie is de doelmatigheidswinst van 5% volgens de deskundigen van de Technische werkgroep een plausibele veronderstelling.		
A091	Zijn er bezuinigingen te realiseren door een dergelijk nummer voor thuiszorg en kindertelefoon alleen te gebruiken als doorschakelmogelijkheid naar andere hulplijnen en meldkamers?	98	
	Die variant is niet doorgerekend.		
A092	Kan er een inschatting gegeven worden van de kosten wanneer een melding van crisissituaties bij de GGZ direct wordt doorgeschakeld naar de lokale hulpverlening en mensen ook direct ondersteuning of hulp krijgen?	98	
	Die variant is niet doorgerekend.		
A093	Waarom is de maatregel niet doorgerekend met de aanname dat het Parlement de wet en het stelsel dusdanig aanpast dat ziekenhuizen wel verplicht kunnen worden om een huisarts de triage van de SEH te laten doen?	99	
	Die maatregel is in het huidige stelsel juridisch niet houdbaar, omdat een ziekenhuis een		

zelfstandige, private organisatie is. De Rijksoverheid kan in het huidige stelsel een ziekenhuis niet verplichten een huisarts in dienst te nemen.

- A094 Waarom is de maatregel niet doorgerekend met de aanname dat via een bestuurlijk akkoord met de sector afspraken worden gemaakt dat ziekenhuizen een huisarts de triage van de SEH laten doen? 99
- Met convenanten en bestuurlijke akkoorden is in ZiK geen rekening gehouden, alleen met maatregelen die de regering zelfstandig kan nemen. Voor een akkoord is medewerking van veldpartijen noodzakelijk en die is onzeker (zie het hoofdrapport, p. 11).**
- A095 Het mogelijk maken van meerjarige polissen leidt tot vragen over de praktische uitvoerbaarheid voor zowel zorgverzekeraars als zorgaanbieders en patiënten. Kan de technische commissie uiteenzetten waar zij het grootste praktische bezwaren zien? 100
- Een langjarig contract brengt grotere risico's voor verzekerden en verzekeraars met zich mee omdat onbekend is hoe het pakket er in de toekomst uit ziet en welke zorg dan gecontracteerd wordt. Ten aanzien van de uitvoerbaarheid is aangegeven dat de verwerking van wijzigingen in de premie, vergoedingen en het gecontracteerde aanbod binnen de meerjarige periode een aandachtspunt vormen.**
- Eerder al heeft de NZa op verzoek van VWS onderzocht wat de voor- en nadelen zijn van meerjarige polissen (maart 2014, zie kamerbrief 365787-120326-Z) .**
- A096 Wanneer er wordt aangenomen dat er voor bepaalde behandelingen indicatoren bestaan, en deze indicatoren een zekere ambitie kennen, welk effect zou dit dan hebben op de berekening? Hoe is de hogere kwaliteit van de zorg, waaronder bijvoorbeeld het voorkomen van complicaties, die door dit type van bekostiging nagestreefd wordt, te kwantificeren? 103
- De Technische werkgroep gaat uit van de situatie zoals die feitelijk is, en dat is dat de noodzakelijke indicatoren veelal ontbreken.**
- A097 Zijn ervaringen in het buitenland betrokken bij het formuleren van de benodigde randvoorwaarden en de daaruit volgende aannames? 103 104
- Ja, maar ook in het buitenland is uitkomstfinanciering nog in ontwikkeling.**
- A098 Waarom is de berekening niet uitgevoerd met de aanname dat de noodzakelijke randvoorwaarden wel binnen afzienbare tijd vervuld kunnen worden als alle relevante partijen daar de handen voor ineen slaan? 103 104
- De inschatting van de Technische werkgroep is dat de noodzakelijke voorwaarden niet binnen afzienbare tijd kunnen worden vervuld. Voorts gaat de werkgroep uit van datgene wat de rijksoverheid kan doen, zonder de onzekere bijdrage van veldpartijen al te verdisconteren.**
- A099 Waarom is er niet voor gekozen om alle mogelijke scenario's door te rekenen? Zowel voor toename van het zorgvolume door hogere vraag en betere zorg als afname van het zorgvolume door minder overbehandeling en complicaties? 103 104
- Bij Zorgkeuzes in Kaart wordt geprobeerd om een eenduidige opbrengst te berekenen.**
- A100 Had niet beter kunnen worden volstaan met 'dit is niet door te rekenen', wanneer er momenteel nog geen overzicht is van de verschillende uitkomstindicatoren en de uiteindelijk te verwachten meerwaarde daarvan? 103 104
- In jaar tien staat een 'p.m.' omdat het effect op de zorguitgaven onzeker is.**
- A101 Waarom is aangegeven dat de introductie van een shared savings model geen positieve noch negatieve opbrengt kent, terwijl het niet mogelijk blijkt de maatregelen door te rekenen? Waarom is er hier niet voor gekozen om deze maatregelen te voorzien van het oordeel: "onvoldoende informatie"? 105
- Omdat de implementatietermijn vier jaar is, staat in de tabel bij de jaren 1 tot 4 een 'nul'. Bij jaar 10 staat een 'p.m.', omdat er onvoldoende informatie is en vooral omdat het op voorhand niet duidelijk of het shared savings model daadwerkelijk van de grond komt.**
- A102 048 Aangezien de latere jaren op PM staan, zouden de eerste jaren ook geen PM-en moeten zijn in plaats van 0-en? 106

De nullen staan er omdat de maatregel pas na minimaal vier jaar kan worden ingevoerd. De eerste vier jaren is er geen opbrengst.

- A103 Waarop is de implementatietermijn van twee jaar gebaseerd? 109 110
Het opstellen van een lijst met substitueerbare zorg en vervolgens uitvoeren van een kostenonderzoek vergt naar schatting twee jaar. Een jaar voor het opstellen van de lijst en half jaar voor het kostenonderzoek.
- A104 Waarop is de daling van de tarieven met 15% gebaseerd? 109 110
De tariefsdaling is in potentie substantieel en gebaseerd op een schatting.
- A105 Waarop is de tentatieve grondslag van 100 miljoen euro gebaseerd? 109 110
Deze grondslag is een schatting. Onderzoek ontbreekt om een meer nauwkeurige grondslag te bepalen. Pas na het opstellen van de lijst en het doen van het kostenonderzoek kan het werkelijke effect berekend worden.
- A106 Hoe is de werking van het macrobeheersinginstrument en de materiële en formele controles van zorgverzekeraars meegenomen bij de aanname dat ziekenhuizen zich gaan richten op moeilijkere en duurdere zorg als de huisartsen tweedelijnszorg gaat overnemen? 109 110
De reden dat ziekenhuizen zich zullen richten op moeilijkere en duurdere zorg is dat de eenvoudigere zorg die de huisarts ook kan verrichten financieel minder aantrekkelijk wordt als gevolg van het lagere tarief. Dit staat los van de controle door verzekeraars op de juistheid van de declaraties en van het macrobeheersingsinstrument. Indien huisartsen tweedelijnszorg gaan overnemen zal het budget de zorg moeten volgen.
- A107 Hoe zijn de verwachte effecten van de overheidsprogramma's gericht op het tegengaan van fraude, upcoding en fouten meegenomen in de aannames omtrent de gedrags- en neveneffecten? 109 110
Bij alle maatregelen van ZiK is verondersteld dat al het beleid van het huidige kabinet voor de periode 2013-2017 is uitgevoerd. Ondanks alle formele en materiële controle door zorgverzekeraars en het toezicht daarop door de NZa, kunnen ziekenhuizen de prikkel hebben om de geleverde zorg toch in een zwaardere DBC te laten vallen.
- A108 Hoe is de nieuwe bekostigingsstructuur voor huisartsenzorg meegenomen in de aannames? 109 110
Bij alle maatregelen van ZiK is verondersteld dat al het beleid van het huidige kabinet voor de periode 2013-2017 is uitgevoerd, ook de nieuwe bekostigingsstructuur voor huisartsenzorg.
- A109 Op welke wijze doet de berekening recht aan de nog te verschijnen substitutiemonitor? 109 110
De substitutiemonitor was ten tijde van de analyse nog niet beschikbaar.
- A110 Waarom is niet doorberekend wat het verminderen van het aantal ruggenprikken of een andere medische indicatie zou opleveren? Als er daarvoor een aanname gedaan moet worden, welke is dan realistisch en wat betekent dit voor de vermindering van de toename van 9 miljoen? 111
Dit aspect is niet meegenomen in de uitwerking van de maatregel.
- A111 Is op voorhand besparen van 5% op de tweedelijnsgeboortezorg een prikkel om een integraal tarief tot stand te brengen? 112
Er wordt niet op voorhand 5% bespaard, de maatregel heeft als uitkomst dat 5% bespaard kan worden omdat de doelmatigheid van het zorgproces met een zelfde percentage toeneemt.
- A112 Welk gedragseffect kan het op voorhand bezuinigen op de tweedelijnszorg hebben? 112
Zie het antwoord op vraag A111.
- A113 Kan transparantie over de verdeling als voorwaarde worden gesteld bij de inkoop via een integraal tarief geboortezorg? 112
Dat zou indruisen tegen de gedachte achter het integrale tarief, het wegnemen van schotten in de financiering.
- A114 Kunnen maatregelen getroffen worden om afwenteling te voorkomen bij de introductie van een integraal tarief voor de geboortezorg? 112
De Technische werkgroep heeft niet onderzocht hoe afwenteling voorkomen zou kunnen

worden.

- A115 Kan er een integraal tarief worden geïntroduceerd zonder medewerking en onderlinge afstemming van de verschillende betrokken beroepsgroepen? 112
In het huidige stelsel stelt de NZa de prestaties vast na consultatie van de betrokken veldpartijen.
- A116 Als een ziekenhuis patiënten met palliatieve zorg gaan omlabelen naar andere, duurdere DBC's als reactie op overhevelen van terminale palliatieve zorg naar het A- segment, is dat dan op individueel ziekenhuisniveau inzichtelijk? Is er een maatregel bekend die dit omlabelen voorkomt? 115
Zorgverzekeraars hebben een prikkel om omlabelen op te sporen en tegen te gaan, maar hebben een informatieachterstand. De Technische werkgroep heeft niet onderzocht hoe dit kan worden tegengegaan.
- A117 Hoe hoog is de besparing als er ook richtlijnen voor de mondzorg voor 'gewone' volwassenen worden gehanteerd? 115
De maatregel gaat ook over richtlijnen voor de reguliere mondzorg voor volwassenen, die niet onder de aanspraken in de Zorgverzekeringswet vallen. De richtlijnen leiden voor de reguliere mondzorg tot lagere particuliere uitgaven, maar niet tot besparingen binnen het Budgettair Kader Zorg.
- A118 Er wordt aangegeven dat de macro budgettaire opbrengst van een gedifferentieerd MBI even groot is als van een generiek MBI. Betekent dit dat het gedifferentieerd MBI volgens het CPB geen bijdrage kan leveren aan gerichtere zorginkoop door verzekeraars? 125
Er is uitgegaan dat een vergelijkbare macrobudgettaire opbrengst wordt gerealiseerd. De vormgeving van het MBI heeft wel invloed op de uitvoering van de zorginkoop.
- A119 Is op voorhand besparen van 5% op de tweedelijnsgeboortezorg een prikkel om een integraal tarief tot stand te brengen? 129
Zie het antwoord op vraag A111.
- A120 Waarom is deze maatregel in strijd met Europese regelgeving (schadeverzekeringsrichtlijnen en Solvency II), terwijl het in het Duitse model wel kan? 133
In de Zvw is sprake van een privaatrechtelijke overeenkomst (zorgpolis) tussen de Zvw-verzekerde en zijn zorgverzekeraar. Daarom is de Europese schaderichtlijn van toepassing. De Duitse private ziektekostenverzekeraars vallen eveneens onder deze schaderichtlijn. De meeste Duitse zorgverzekeraars zijn echter publiekrechtelijke ziekenfondsen die daarom niet onder de schaderichtlijn vallen.
- A121 Waarop is de veronderstelling gebaseerd dat voor het wetgevingstraject minimaal twee á drie jaar nodig is? Voor variant a is het wetgevingstraject toch veel korter, afhankelijk van de snelheid waarmee het initiatiefwetsvoorstel in de Kamer wordt behandeld? 136
Voor een wetswijziging wordt in ZiK gerekend met een gemiddelde doorlooptijd van twee jaar. Daarnaast is tijd nodig voor het analyseren van de prijslijsten van de nieuwe referentielanden. In variant a betreft dit een uitbreiding van de huidige vier naar tien referentielanden. Daarom is nog maximaal een jaar extra gerekend voor de implementatie.
- A122 Waarop is de stelling gebaseerd dat de prijzen in Europa al naar elkaar toegroeien en het effect van de WGP derhalve zal verminderen? Hoe verhoudt dit zich tot de constatering dat ten opzichte van oktober 2007 de prijzen van geneesmiddelen in 2013 37,5% lager zijn en hiervan meer dan de helft het directe gevolg is van de prijzenwet, die daarmee het belangrijkste prijsbeheersingsinstrument van de overheid is voor geneesmiddelen (3 oktober 2013, Pharmaceutisch Weekblad, Jaargang 148 Nr 40/41)? Zijn de prijzen in Europa sinds het afgelopen jaar sterk naar elkaar toegegroeid? Zo ja, waaruit blijkt dat? 136
Ook in andere Europese landen gelden prijsbeheersingsinstrumenten, veelal met een referentiesystematiek waarbij Nederland een van de referentielanden is. Dit zorgt ervoor dat prijswijzigingen in het ene land doorwerken in het andere en over het geheel genomen de geneesmiddelenprijzen in Europa naar elkaar toegroeien. Dat neemt niet weg dat er van de prijsbeheersingsinstrumenten een drukkend effect uitgaat op de geneesmiddelenprijzen.

- A123 Hoe waarschijnlijk is het dat fabrikanten nieuwe geneesmiddelen niet of later op de Nederlandse markt zullen brengen als er lagere maximumprijzen worden vastgesteld, in aanmerking nemend dat dat op dit moment niet in Noorwegen geldt? 136
- Zie het antwoord op vraag A124.**
- A124 Hoe waarschijnlijk is het dat innovatie geremd wordt als er lagere maximumprijzen worden vastgesteld, in aanmerking nemend dat de prijzen in de rest van Europa zodanig zijn dat er altijd aan kan worden verdiend door de farmaceutische industrie en de omvang van de Nederlandse markt beperkt is in relatie tot de totale wereldmarkt? 136
- Het niet of later op de markt brengen van nieuwe geneesmiddelen is een neveneffect dat kan optreden; fabrikanten hebben hiertoe de mogelijkheid. Over de waarschijnlijkheid dat fabrikanten dit zullen doen is in de beschrijving van deze beleidsoptie geen uitspraak gedaan. Het eventueel remmen van innovatie is in deze beleidsoptie niet als neveneffect beschreven.**
- A125 Waarop is de veronderstelling gebaseerd dat de 7% lagere prijzen zich voor een kwart door vertalen in de netto prijzen? Waarom wordt gerekend met een marge cq voorheen claw back van 6.82%, terwijl in het recent verschenen proefberekeningen GVS (Ape, december 2014) wordt uitgegaan van een veel lagere marge. In deze berekeningen wordt gesteld dat met het vervallen van de claw back regeling het uitgekeerde bedrag in het algemeen nog steeds onder de apothekinkoopprijs ligt, maar in een aantal gevallen ook hoger. In 2013 bedroeg de gemiddelde korting voor spécialités 3.1%. 136
- Zie het antwoord op vraag A126.**
- A126 Kan gesteld worden dat de weergegeven besparing van variant a, pas in jaar 4 en ten hoogste van €50 miljoen een zeer weinig optimistische voorspelling is van de te verwachten effecten van de initiatiefwet? Zo ja waarom is zo terughoudend gerekend? Met welke aannames zou tot een hogere berekende opbrengst gekomen kunnen worden? 136
- De genoemde veronderstelling betreft een inschatting van de gedragseffecten van de beleidsoptie bij gebrek aan harde gegevens over netto geneesmiddelenprijzen. Zoals aangegeven in de beschrijving is de omvang van deze gedragseffecten ex ante moeilijk te bepalen. Daarom is een voorzichtige aanname gedaan. De gemiddeld lagere korting voor de spécialités die uit het onderzoek van APE naar voren komt, kan betekenen dat er meer ruimte is voor prijsdalingen bij aanpassing van de WGP als de bruto prijsverschillen met andere Europese landen nog steeds op 7% uitkomen. Echter, als de prijsverschillen binnen Europa inmiddels kleiner zijn geworden, is de ruimte voor prijsaanpassingen ook kleiner.**
- A127 Waarom is niet in de berekening meegenomen dat er ook een besparingseffect op zal treden omdat nieuwe gebruikers vaker dan nu op het goedkoopste geneesmiddel zullen worden ingesteld omdat de prikkel voor doelmatig voorschrijven toeneemt? Hoe groot zal dit effect zijn en over hoeveel jaar kan het optreden? 138
- Er is in de berekening uitgegaan van de variant geijkte limieten zonder overstapgedrag uit het APE-rapport, waarbij echter op basis van een aanname van de Stichting Farmaceutische kengetallen wel rekening gehouden is met een effect van overstappen (15%). Het effect van het instellen van nieuwe gebruikers op het goedkoopste middel is in de berekening niet meegenomen omdat er geen onderbouwde inschatting beschikbaar was over de omvang hiervan.**
- A128 Waarom worden de transitiekosten zo hoog gesteld terwijl een deel van de overstappers daar niet een speciaal consult voor zal hoeven vragen maar tijdens een controle consult een recept voor een goedkoper geneesmiddel kunnen vragen? 138
- Zie het antwoord op vraag A129.**
- A129 Waarom zou een eerste uitgifte gesprek nodig zijn voor een onderling vervangbaar geneesmiddel? 138
- Er is in de berekening van uitgegaan dat er voor de overstappers (conform de richtlijnen) een apart consult en een eerste uitgiftegesprek nodig is. Een eerste uitgiftegesprek wordt gevoerd door de apotheker als er door de overstap naar een ander middel sprake is van een verandering in werkzame stof of toedieningsvorm.**

- A130 Hoe kan het verschil verklaard worden tussen de berekening in Keuzes in Kaart 2013-2017 van € 28 miljoen en de voorliggende berekening van € 250 miljoen? 138
Zie het antwoord op vraag A131.
- A131 Hoe kunnen de verschillen tussen de berekening van het CPB en de proefberekeningen van Ape verklaard worden? 138
De berekening in ZiK maakt gebruik van uitkomsten uit het rapport van APE uit december 2014, deze waren ten tijde van Keuzes in kaart 2013-2017 nog niet beschikbaar. Toen heeft het CPB zich gebaseerd op een opbrengstberekening van het CVZ uit 2010.
- A132 Waarom wordt niet gewezen op de mogelijkheid tot selectieve herberekening of maximaliseren van de eigen bijbetaling? 138
De berekening van deze beleidsoptie is gebaseerd op de variant geijkte limieten zonder overstapgedrag uit het APE-rapport. Daarin is geen sprake van selectieve herberekening of maximaliseren van de eigen betaling.
- A133 Welke mogelijkheden zijn er waarbij de negatieve effecten voor verzekerden kunnen worden geminimaliseerd terwijl de besparing wel optreedt? 138
In de berekening is uitgegaan van gelijkblijvende prijzen. Indien er wel prijsverlagingen optreden zullen de private bijbetalingen door de verzekerden afnemen.
- A134 Waarop is de veronderstelling gebaseerd dat een inkoopkorting van 5% voor ziekenhuizen realistisch is? 141
Zie het antwoord op vraag A137.
- A135 Waarom is er van uitgegaan dat de helft van de middelen wordt overgeheveld, terwijl voor alle genoemde middelen geldt dat zij door medisch specialisten worden voorgeschreven en derhalve thuis horen in het ziekenhuisbudget? Waarop is de veronderstelling gebaseerd dat de ziekenhuizen in staat zullen zijn slechts 5% inkoopkorting te realiseren? 141
Waarom is met deze combinatie van aannames gekozen voor een zo laag mogelijke inschatting van de besparing ten gevolge van overheveling van dure geneesmiddelen naar het ziekenhuisbudget?
Zie het antwoord op vraag A137.
- A136 In hoeverre is rekening gehouden met een prikkel tot doelmatig voorschrijven voor medisch specialisten zodra de dure geneesmiddelen onder het ziekenhuisbudget gaan vallen? 141
Zie het antwoord op vraag A137.
- A137 In hoeverre is rekening gehouden met de mogelijkheid dat ziekenhuizen gezamenlijk gaan inkopen en daarmee een veel hogere korting realiseren? Tot welk percentage zou de korting kunnen oplopen bij gezamenlijke inkoop of door centrale inkoop door de overheid? 141
Er is in de berekening uitgegaan van een inkoopkorting bij overheveling omdat in de ziekenhuizen vraag en inkoop samenkomen, waardoor er inkoopmacht ontstaat en tevens een grotere prikkel om doelmatig voor te schrijven. Er is gekozen voor een inkoopkorting van 5% omdat er nog weinig realisatiecijfers beschikbaar zijn van de eerdere overhevelingen en de evaluatie hiervan nog moet plaatsvinden. Tevens moet nog nader geanalyseerd worden of alle genoemde geneesmiddelen daadwerkelijk geschikt zijn om over te hevelen. Om die reden is gerekend met 50% van de budgettaire grondslag van deze geneesmiddelen.
- A138 Kan nader worden uitgelegd waarom het invoeren voor preferentiebeleid intramurale geneesmiddelen geen extra besparing oplevert? 143
In de huidige situatie is het voeren van preferentiebeleid voor de intramurale geneesmiddelen met dezelfde werkzame stof al mogelijk. Het wettelijk verankeren van deze mogelijkheid levert geen besparing op ten opzichte van de huidige situatie.
- A139 Kan uitgelegd worden waarom deze maatregel binnen het huidige stelsel niet kan? 145
Zie het antwoord op vraag A140.
- A140 070 Wat is de juridische analyse op basis waarvan de juridische onhaalbaarheid wordt geconcludeerd? Hoe verhoudt dit zich tot de beschikbaarheidsbijdrage voor SEH's? 145
In het huidige zorgstelsel zijn ziekenhuizen vrij om hun onderneming te drijven zoals zij

willen. Het opleggen van een verplichting aan de ziekenhuizen om alleen nog centraal in te kopen en alleen de centraal ingekochte middelen nog te vergoeden op basis van de Zvw, gaat in tegen het Europeesrechtelijk geregelde vrij verkeer van vestiging, kapitaal en diensten. Om deze vrijheid in te perken moet er sprake zijn van noodzakelijkheid en proportionaliteit. De probleemanalyse van een versnipperde inkoopmacht biedt daartoe onvoldoende grond. De beschikbaarheidsbijdrage voor de SEH's heeft geen relatie met de inkoop van genees- en hulpmiddelen, omdat de spoedeisende hulp non-concurrentieel is en een beschikbaarheidsbijdrage SEH's dus geen ongeoorloofde staatssteun.

- A141 071 Wat is de juridische analyse op basis waarvan de juridische onhaalbaarheid wordt geconcludeerd voor optie a. Hoe verhoudt dit zich tot de beschikbaarheidsbijdrage voor SEH's? 148
- Variant a gaat uit van het volledig overnemen van de inkoop door de Rijksoverheid. Dit past alleen in een publiek stelsel of in een aparte publieke regeling. Het weghalen van de inkoop bij ziekenhuizen en apothekers kan in het huidige stelsel alleen als de noodzakelijkheid en proportionaliteit is aangetoond. Anders is deze in strijd met het Europeesrechtelijk geregelde vrij verkeer van vestiging, kapitaal en diensten. De probleemanalyse van een versnipperde inkoopmacht biedt daartoe onvoldoende grond. De beschikbaarheidsbijdrage voor de SEH's heeft geen relatie met de inkoop van genees- en hulpmiddelen, omdat de spoedeisende hulp non-concurrentieel is en een beschikbaarheidsbijdrage SEH's dus geen ongeoorloofde staatssteun.**
- A142 Kan meer toelichting gegeven worden op de zin op pagina 158: "De herverdelingseffecten op microniveau kunnen groot zijn."? 158
- Cliënten worden bijvoorbeeld gecompenseerd via de huurtoeslag, een maatwerkvoorziening, de bijzondere bijstand of via een andere inkomenscompensatie. Bij toeslagen/voorzieningen zoals de huurtoeslag is het niet mogelijk om volledig rekening te houden met individuele omstandigheden. Hierdoor kan er op individueel niveau sprake zijn van een verbeterde of verslechterde financiële positie. Deze herverdeeleffecten zijn niet doorgerekend, daarvoor moet het systeem eerst concreet uitgewerkt worden.**
- A143 De technische werkgroep stelt dat kleinschalige zorg bevorderd kan worden door een hoger tarief aan kleinschalige zorgaanbieders te geven. Kan de technische werkgroep een indicatie geven hoeveel hoger dit tarief dan moet zijn wil kleinschaligheid bevorderd worden? Waarom is er gekozen voor een investering van € 250 miljoen om kleinschalige zorg te bevorderen, waar is dit bedrag op gebaseerd? En wat is precies kleinschalige zorg, welke omschrijving hanteert de technische werkgroep hiervoor. 160
- De Technische werkgroep heeft geen inschatting gemaakt van de meerkosten van kleinschalige zorg. De werkgroep is er van uitgegaan dat jaarlijks 250 miljoen euro beschikbaar wordt gesteld. Een andere maatvoering is niet doorgerekend. De definitie van kleinschalige zorg moet op een later moment door zorgkantoren worden vastgesteld.**
- A144 Is bij de doorrekening van deze maatregel rekening gehouden met het feit dat nu al meer vermogende ouderen gebruik maken van de Wlz en extra betalingen doen aan de zorginstelling waar zij verblijven? 164
- In de Wlz kan voor kwaliteit en/of meer zorg in een intramurale instelling niet worden bijbetaald (geen *topping up*). Er kan slechts een bijdrage gevraagd worden voor bijvoorbeeld de was, TV/telefoon, kapper etc. Mensen kunnen wel met een volledig pakket thuis, modulair pakket thuis, of pgb zelf voorzien in een woonruimte (scheiden wonen en zorg). Bij een dergelijke constructie kunnen mensen wel wat meer luxe inkopen als ze daarvoor de financiële middelen hebben. Dat ziet dan op de woonruimte, niet de zorg zelf.**
- A145 Is bij de doorrekening van deze maatregel rekening gehouden met het feit dat mensen steeds lastiger in aanmerking komen voor een Wlz-indicatie? 164
- De toegang tot de Wlz is ingeperkt voor lagere zorgzwaartes. Bij de beoordeling van de maatregel is uitgegaan van de zorgzwaartes die nog wel toegang geven tot de Wlz. Er is namelijk uitgegaan van de regels voor de Wlz zoals die in 2017 gelden.**
- A146 Waarom gaat het CPB er van uit (pagina 165) dat mensen die nu extramurale zorg krijgen over zullen gaan naar meer zorg? Op basis van wat? Mensen willen immers het liefst zo lang mogelijk thuis blijven wonen en als er geen zware zorgbehoefte is, komt de indicatie ook niet. 165

Omdat zorgaanbieders sterker met elkaar concurreren op kwaliteit, gaat de gemiddelde kwaliteit omhoog en wordt het aanbod gevarieerder. Het is een persoonlijke afweging wanneer mensen besluiten dat zij hun indicatie intramuraal gaan verzilveren, zij zullen dit als gevolg van het aantrekkelijker aanbod net iets eerder doen. Ook mensen die (een deel van) hun zorg zelf regelen, buiten de Wlz om, kunnen dit gaan heroverwegen.

- A147 Kan de maatregel invoeren van voucher voor langdurige ouderenzorg op basis van de Zvw ook 167
ingevoerd worden zonder dat beleidsoptie 077 en 103 zijn ingevoerd? Zo nee, waarom niet?
Maatregel 081 is gebaseerd op het Zweedse stelsel. In Zweden is sprake van uitvoering door gemeenten en van het scheiden van wonen en zorg. Beleidsoptie 081 zonder maatregelen 077 en 103 is niet uitgewerkt.
- A148 Bij deze maatregel stelt de werkgroep dat beleidsopties 077 “scheiden wonen en zorg” en 167
“wijkverpleging en ouderenzorg naar WMO” noodzakelijk zijn om de optie van 081 (vouchers)
in te voeren. Kan de werkgroep uiteen zetten waarom dit volgens hen noodzakelijk is?
Zie het antwoord op vraag A147
- A149 Bij deze maatregel wordt gesteld dat beleidsopties 077 en 103 al zijn getroffen, Wat bedoelt 167
men hier precies mee? Impliceert dit dat je pas met 081 kan starten na enkele jaren en na
hoeveel jaren dan?
**De implementatietermijnen van 077 en 103 zijn beide vier jaar, deze maatregelen kunnen
gelijktijdig worden ingevoerd. In de uitwerking is ervan uitgegaan dat deze maatregelen
al zijn genomen voordat maatregel 081 in gang wordt gezet. Of de drie maatregelen
gelijktijdig in gang kunnen worden gezet is niet onderzocht.**
- A150 Waarom wordt 15% van de ZZP 4-10 van indicatie verpleging en verzorging niet verzilverd 167
(data CBS)? Indien daar geen behoefte aan is gezien de beperkingen is het dan aannemelijk om
er van uit te gaan dat mensen deze wel gaan verzilveren?
**De veronderstelling is dat het in belangrijke mate voortvloeit uit de geringe keuzevrijheid
bij zorg in natura. Het PGB onderzoek heeft laten zien hoe belangrijk keuzevrijheid is als
determinant van het zorggebruik, hoe meer keuzevrijheid hoe hoger het zorggebruik.
Vervanging van zorg in natura door vouchers vergroot de keuzevrijheid wat een
opwaarts effect heeft op het zorggebruik.**
- A151 Waarom is er bij deze optie gekozen, mantelzorgers niet meer te laten inhuren, hier kan toch 167
een gereduceerd tarief voor gelden?
**De maatregel gaat uit van een systeem waarin rechthebbenden zorg kunnen inkopen bij
gecertificeerde zorgaanbieders. Het is denkbaar dat mantelzorgers een gereduceerd tarief
krijgen, dit is echter niet uitgewerkt.**
- A152 Het effect van deze maatregel is op termijn een besparing van 130 miljoen euro. Kan 170
aangegeven worden wat de effecten zijn voor de zorg en voor de mensen die het betreft?
**Waar mogelijk is kwalitatief aangegeven wat de effecten op de zorg en de zorgontvangers
zijn. Effecten op de gezondheid vallen buiten de scope van Zorgkeuzes in Kaart.**
- A153 Als 40% van de instellingen goedkoper is dan Buurtzorg, en dus een substantieel deel ook 173
duurder is dan Buurtzorg, hoe hoog is dan de besparing als ook deze instellingen gaan werken
op het tariefniveau van Buurtzorg?
**Dit is niet door de Technische werkgroep doorgerekend, omdat de Buurtzorg-werkwijze
niet verplicht aan aanbieders opgelegd kan worden.**
- A154 Hoeveel jaar duurt gemiddeld een cultuuromslag in een instelling? 173
**Dit heeft de Technische werkgroep niet onderzocht. Dit hangt natuurlijk ook erg van de
specifieke situatie af.**
- A155 Waarom wordt voor het effect van een cultuuromslag bij thuiszorgorganisaties die 173
wijkverpleging aanbieden, 10 jaar gerekend?
**Het effect treedt al eerder op. In de tabel wordt, zoals bij alle maatregelen, alleen het
effect in de jaren 1 t/m 4 en het jaar 10 getoond.**
- A156 Is het mogelijk om op basis van demografische gegevens en gegevens over de gezondheid van 173
een populatie, een gedifferentieerd tarief voor wijkverpleging te hanteren?
Hiervoor is een onafhankelijke bepaling van zorgzwaarte nodig. Er is op dit moment bij

de wijkverpleging geen onafhankelijke indicatiestelling (à la CIZ).

- A157 Heeft een dergelijk 'gewogen tarief' als effect dat cherry picking wordt tegengegaan? 173
Een gewogen tarief zou cherry picking (gedeeltelijk) kunnen tegengaan.
- A158 Voorkomen shared savings- afspraken de tendens tot cherry picking? 173
Dit heeft de Technische werkgroep niet onderzocht.
- A159 Kan cherry picking worden tegengegaan door korten van tarieven bij instellingen die zich daar schuldig aan maken? 173
Dit is in feite een gedifferentieerd/gewogen tarief. Zie vraag A157.
- A160 Kan cherry picking worden voorkomen door het belonen van instellingen die dat niet doen en een realistische mix behouden? 173
Zie het antwoord op vraag A159.
- A161 Waarom wordt controle op de geleverde zorg niet eenvoudiger door het hanteren van slechts één tarief voor de wijkverpleging? 173
De controlemogelijkheden worden bij het hanteren van één tarief minder door het ontbreken van een uitgesplitste verantwoording van de geleverde diensten.
- A162 Op basis van welke feitelijke gegevens is de uitspraak gebaseerd dat het Buurtzorgconcept al 'tamelijk wijdverbreid' is? 173
Onder andere het gegeven dat Buurtzorg Nederland inmiddels marktleider is.
- A163 Hoe ziet de besparing eruit, als 20% en 30% additioneel volgens het Buurtzorgconcept gaat werken? 173
De Technische werkgroep rekent dat door deze maatregel, de introductie van een generieke prestatie wijkverpleging, het werken volgens het Buurtzorgconcept met 10% zal toenemen, niet met 20% of 30%.
- A164 Bij deze maatregel schrijft het CPB dat verschillen in leeftijdsopbouw en andere objectieve kenmerken de grote regionale verschillen niet kunnen verklaren. Kan aangegeven worden wat deze verschillen wel verklaart? 183
Op dit ogenblik is niet duidelijk wat deze verschillen kan verklaren. Mogelijke verklarende factoren zijn bijvoorbeeld kenmerken van zorggebruikers waarvoor niet gecorrigeerd is in de beschikbare analyses, de structuur van het zorgaanbod en verschillen in de uitvoeringspraktijk. De Technische werkgroep beveelt aan om nader onderzoek te doen naar dit onderwerp (zie hoofdstuk 8 van het rapport Zorgkeuzes in kaart).
- A165 Is bij deze maatregel meegewogen dat de Wlz veel scherper aangeeft wanneer iemand al dan niet in aanmerkingen komt voor een Wlz-plaatsing en dat gemeenten op basis van de Wmo 2015 in die gevallen ook niet verplicht zijn Wmo-ondersteuning te bieden? 183
Er is rekening gehouden met de mogelijkheid dat de regionale verschillen in de loop van de tijd wijzigen door het huidige beleid, inclusief de nieuwe Wlz. Daarom is op p. 185 aangegeven: "Op het ogenblik dat zou worden besloten om daadwerkelijk een objectief verdeelmodel voor de Wlz in te voeren, moet de dan geldende praktijkvariatie in kaart worden gebracht."
- A166 Van welk opleidingsniveau van de casemanagers is uitgegaan bij de berekening? 191
De berekening is niet op dat detailniveau uitgewerkt.
- A167 Is dezelfde besparing te behalen door huidige wijkverpleegkundigen te laten specialiseren in casemanagement dementie? Of zou deze lager / hoger uitvallen? 191
Zie het antwoord op vraag A166.
- A168 Waar is het percentage uitvoeringskosten van de jeugdzorg (2%), de Wmo (3,6%) en de Wlz (1,4%) op gebaseerd? 199
De uitvoeringskosten voor de Wlz zijn gebaseerd op de uitvoeringskosten voor het CIZ en de zorgkantoren/Wlz-uitvoerders (VWS-begroting 2015). De uitvoeringskosten voor de Wmo en Jeugdwet zijn gebaseerd op de uitvoeringskosten (meicirculaire Gemeentefonds 2014). De uitvoeringskosten zijn gedeeld door de totale budgettaire grondslag.

- A169 Kan deze maatregel ook uitgewerkt worden zonder inkomensafhankelijke zorgpremie? Zo ja, wat zijn daar de consequenties van? 207
In beginsel kan dat. Het zou geen consequenties hebben voor de concurrentie, omdat in dit stelsel ziekenfondsen niet concurreren.
- A170 Hoeveel mensen kiezen in het huidige systeem voor een arts buiten hun regio? 207
Voor de analyse van de maatregel is dit gegeven niet relevant.
- A171 Bij deze maatregel staat onder budgettaire effecten dat het wegvallen van concurrentie in algemene zin leidt tot hogere prijzen van zorg. Elders staat in het rapport te lezen dat uit internationaal onderzoek blijkt dat deze conclusie niet absoluut te trekken is. Wat is de juiste interpretatie? 211
Er zijn meer effecten dan alleen het effect op de prijzen. Er zijn ook effecten op het volume, dat wil zeggen het aantal behandelingen, de kwaliteit, de uitvoeringskosten enzovoorts.
- A172 Bij deze maatregel staat dat de prikkel tot inkoop op prijs kleiner is voor zorgkantoren dan voor zorgverzekeraars. Elders staat in het rapport te lezen dat uit internationaal onderzoek blijkt dat deze conclusie niet absoluut te trekken is. Wat is de juiste interpretatie? 214
Het OECD-onderzoek van Joumard et al. (2010) onderscheidt zes groepen van zorgsystemen, afhankelijk van o.a. de rol van marktmechanismen bij de zorgverlening, private versus collectieve verzekering en de rol van poortwachters. Het onderzoek concludeert dat er niet één type stelsel is dat in zijn totaliteit beter presteert. Op onderdelen van de uitwerking van het stelsel zijn wel verschillen te constateren.
- A173 Op basis van welk onderzoek wordt geconcludeerd dat de administratieve lasten voor zelfstandige behandelaars 30% is t.o.v. 15% sectorbreed? 214
Dit is een inschatting op basis van expert opinion van de Technische werkgroep.
- A174 Wat wordt er precies bedoeld met de zin "de maatregel kan in drie jaar worden ingevoerd, maar de invoeringstermijn is waarschijnlijk langer omdat het een stelselwijziging betreft" Heeft dit te maken met invoeringseffecten, of iets dergelijks? 214
Hier wordt bedoeld dat de wettelijke aanpassingen naar verwachtingen binnen drie jaar afgerond kunnen zijn, maar dat de verandering ten opzichte van de huidige situatie zodanig groot is dat in de praktijk waarschijnlijk meer tijd moet worden uitgetrokken voor de invoering zodat veldpartijen zich daarop kunnen instellen.
- A175 Graag een toelichting op de zin "De prikkel tot inkoop op prijs en kwaliteit is kleiner voor zorgkantoren dan voor risicodragende zorgverzekeraars. Dit vermindert de doelmatigheid van de GGZ –zorg." Gaat het hierbij om het financiële aspect of om de doelmatigheid van de zorg? 214
Met een lagere doelmatigheid wordt bedoeld dat voor dezelfde hoeveelheid geld minder zorg wordt ingekocht (in termen van hoeveelheid en kwaliteit) of dat hetzelfde volume aan zorg meer geld kost.
- A176 Waarom is de verwachting dat kleine en nieuwe zorgaanbieders niet makkelijk een contract krijgen met het zorgkantoor? 214
In een systeem met instellingsbudgettering staat het aanbod centraal. Het zorgkantoor zal bij de contractering naar verwachting waarde hechten aan eerdere ervaringen met een bepaalde aanbieder. Over nieuwe aanbieders weet men nog weinig tot niets. Bovendien zal het zorgkantoor trachten minder transactiekosten te maken door te contracteren met een beperkt aantal grotere aanbieders. Dan zijn er ook makkelijker (meerjarige) afspraken te maken op basis van regionale zorgbehoefte.
- A177 Wat wordt bedoeld met de zin "Tot slot neemt de samenhang met andere maatschappelijke domeinen af?" Graag een nadere toelichting waarom dat zo zou zijn. 214
Op het ogenblik zijn gemeenten verantwoordelijk voor een deel van de GGZ. Zij zijn ook verantwoordelijk voor bijvoorbeeld werk- en inkomensregelingen (zoals bijstand, sociale werkvoorziening, Wajong), huisvestingsbeleid en Wmo-voorzieningen zoals begeleiding. Er is overlap met de GGZ, bijvoorbeeld het beschermd wonen. De gemeente kan in samenhang een afweging maken tussen de inzet van de verschillende beleidsinstrumenten. Deze samenhang gaat deels verloren als zorgkantoren

verantwoordelijk worden voor de GGZ.

- A178 Graag een nadere toelichting op de het deel van de organisatiekosten dat wordt verondersteld te 214
blijven bestaan: welke percentage wordt verondersteld?
- Er wordt verondersteld dat de totale gemiddelde transactiekosten met een procentpunt dalen doordat de kosten voor het afsluiten van contracten afnemen en er minder profilering richting cliënten nodig is. Dit is gerelateerd aan de inschatting van de kosten die grote GGZ-instellingen maken voor het afsluiten van contracten (zo'n 1%). Veruit het grootste deel van de overige organisatiekosten blijft in stand, dit is niet nader gekwantificeerd.**
- A179 Waarom zou er een risico op onderbehandeling ontstaan? Hoe kan dit risico worden bestreden? 214
- In de Zvw en de Wlz is er sprake van een (verzekerd) recht op zorg. Bij budgettering is dit niet het geval. Als het budget niet toereikend is of er minder doelmatig mee wordt omgegaan, kan dit leiden tot onderbehandeling. Er is niet bekeken hoe dit risico kan worden bestreden. Bij het overwegen van instrumenten hiervoor moet in overweging worden genomen dat de kwaliteit/toegevoegde waarde van een behandeling in de GGZ moeilijk te meten is. Het is dus niet eenvoudig vast te stellen wat de optimale (hoeveelheid) behandeling is.**
- A180 Waarop is de veronderstelling gebaseerd dat 25% van de wijkverpleging kortdurend is? 216
- Hiervoor zijn geen exacte cijfers beschikbaar. De aanname is gemaakt in relatie tot het aandeel verpleging (ongeveer een kwart) versus verzorging in de wijkverpleging.**
- A181 Hoe wordt de term kortdurend omschreven. Is dit te kwantificeren (duur, soort zorg etc.)? 216
- Zie het antwoord op vraag A180.**
- A182 Waarom stelt de technische werkgroep dat als een groot gedeelte van de langdurige 216
wijkverpleging vervalt burgers dan een beroep gaan doen op de Wmo? Dat beroep hoeft toch niet gehonoreerd te worden (beleidsvrijheid gemeenten). In de Wmo gaat het toch om ondersteuning en niet om daadwerkelijke zorg? En kan gekwantificeerd worden hoeveel ondersteuning er dan gevraagd wordt?
- De scheidslijn tussen delen van de wijkverpleging (bijvoorbeeld de oude functie 'persoonlijke verzorging') en begeleiding is niet heel hard te maken. Daardoor zullen meer mensen voor steun bij gemeenten aankloppen. De beleidsvrijheid van de gemeenten wordt begrensd door de kaders die de Wmo aan gemeenten oplegt. Er is niet gekwantificeerd hoeveel ondersteuning er dan gevraagd wordt.**
- A183 Is langdurige wijkverpleging verzekerbare zorg vanwege de duur en de kosten? 216
- Langdurige wijkverpleging is privaat verzekerbaar. Echter, omdat er geen acceptatieplicht of verbod op premiedifferentiatie is zullen de premies hoog zijn.**
- A184 Wat wordt de premie voor deze aanvullende verzekering? 216
- Dat is niet onderzocht.**
- A185 Deze maatregel levert € 950 miljoen op. Waar blijft de zorgbehoefte van de mensen die deze 216
nu wel hebben?
- Er zijn verschillende mogelijkheden. Mensen kunnen een aanvullende verzekering sluiten, beroep doen op mantelzorg, privaat verleende zorg zelf inkopen, een situatie van zorgafhankelijkheid zien te voorkomen of (gedeeltelijk) afzien van zorg.**
- A186 Is bij de inschatting van € 560 miljoen voor gemeenten ter uitvoering van deze zorgsoort in de 216
Wmo rekening gehouden met de mogelijkheid dat mensen maatwerkvoorzieningen aanvragen en de gemeente die ook moet geven gezien het feit dat verpleging in veel gevallen een voorbehouden handeling is?
- Het beroep op de gemeenten (Wmo, bijzondere bijstand) is op basis van een aanname gedaan. Aangenomen is dat ongeveer de helft met succes een beroep kan doen op andere extramurale regelingen, bijvoorbeeld, Wmo, Zvw en bijzondere bijstand, en dat de compensatie 75% is. Er is dus niet expliciet rekening gehouden met het bovenstaande, wel impliciet.**
- A187 Is er alleen sprake van kortdurende zorg na ziekenhuisopname? 216
- Nee, naast zorg na een ziekenhuisopname kan het ook gaan om zorg als gevolg van**

herstel na een incident, bijvoorbeeld bij een botbreuk.

- A188 In welke andere situaties is er momenteel ook sprake van kortdurende zorg door wijkverpleegkundigen? 216
Zie het antwoord op vraag A187
- A189 Wat is de achterliggende reden voor de uitzondering voor Wajongers? 216
De achterliggende reden is dat de kosten die Wajongers maken niet voorzienbaar zijn omdat zij de beperking op jonge leeftijd krijgen. Hierin kunnen ook andere (politieke) keuzes worden gemaakt. Dit is niet uitgewerkt.
- A190 In welke situaties is wijkverpleegkundige hulp ‘voorzienbaar’? 216
De statistieken laten zien dat een groot deel van de ouderen op een gegeven moment enigermate hulpbehoevend wordt.
- A191 Zijn valincidenten voorbeelden van voorzienbare ongevallen? 216
In de afbakening van het recht van aanspraak op wijkverpleging zijn bepaalde keuzes gemaakt om groepen uit te zonderen (Wajongers, mensen die herstellen van een operatie).
- A192 Kan de technische werkgroep uiteen zetten hoe de prikkel mogelijk werkt dat cliënten die nu gebruik maken van wijkverpleging snel doorstromen naar Wlz? 218
Het gaat hierbij onder andere om cliënten die al aan de criteria voor de Wlz voldoen, maar nu hun zorg nog vanuit de Zvw en Wmo ontvangen. Zij zullen eerder een beroep gaan doen op de Wlz. Bovendien zullen mensen die geen aanvullende verzekering hebben of op een andere manier hun zorg geregeld hebben eerder tegen de grenzen van het nog thuis kunnen wonen aanlopen. Zij voldoen dus sneller aan de criteria van de Wlz.
- A193 103 Op basis van welke periode zijn de uitvoeringskosten van 3,6% afgeleid? Is een deel daarvan niet toe te rekenen aan de huidige transitie en de kosten van huidige structurele hervormingen in de WMO? Hoe verhouden de transitiekosten zich tot de transitiekosten in KiK? Hoe verhouden de besparingen zich tot de doelmatigheidswinst in KiK? 221
De uitvoeringskosten van 3,6% voor de Wmo zijn gebaseerd op de situatie in 2017. Deze hebben dus geen betrekking op de huidige transitie. Voor de transitiekosten in relatie tot KiK 2013-2017 zie het antwoord op vraag A004. In KiK 2013-2017 werd gerekend met dezelfde doelmatigheidswinst van 5% als nu in ZIK voor maatregel 103.

Analyse van beleidsopties voor de zorg

Nr	Vraag	Blz.	
		van	tot
B001	In hoeverre zijn de uitkomsten van de berekeningen ook de daadwerkelijke bedragen die het CPB bij een volgende Keuzes in Kaart in zal boeken voor deze maatregelen? Zo nee, waarom niet? Het CPB meldt dat zij de analyses en de kwantificeringen van de Technische werkgroep onderschrijft en daadwerkelijk zal gebruiken. Afhankelijk van het moment waarop KIK plaatsvindt kan het nodig zijn om de effecten van (sommige) maatregelen te actualiseren.	0	
B002	Bij een aantal maatregelen wordt geen kwantitatieve uitkomst vermeld, omdat er onvoldoende informatie beschikbaar is. Op welke manier wordt de komende periode ingezet op het alsnog verzamelen van voldoende informatie, zodat ook deze maatregelen bij een volgende Keuzes in Kaart kwantitatief beoordeeld kunnen worden? Zie het antwoord op vraag A006.	0	
B003	Kan in detail worden aangegeven welke aannames gemaakt zijn voor het basispad dat onder de berekeningen ligt, waarbij in ieder geval in wordt gegaan op de veronderstelde groei van de zorguitgaven en het zorggebruik? Zie het antwoord op vraag A005.	3	
B004	Klopt het dat in het rapport enkel voorstellen van politieke partijen zijn doorgerekend? Heeft de werkgroep ook zelf nog maatregelen aangedragen, zoals de bedoeling was? Gaat zij dit alsnog doen? Zie het antwoord op vraag A016.	6	
B005	Welke voorgestelde bezuinigingsmaatregelen (6,3 miljard in totaal) van de ambtelijke werkgroep “Curatieve zorg” uit mei 2010, zijn tot uitvoering gebracht? Wat was hiervan de uiteindelijk behaalde besparing? Is deze werkwijze geanalyseerd en wat waren hiervan de resultaten? Een evaluatie van de Brede Heroverweging Curatieve Zorg viel niet onder de taakopdracht van de Technische werkgroep ZiK.	7	
B006	Welke voorgestelde bezuinigingsmaatregelen (4,2 miljard in totaal) van de ambtelijke werkgroep “Langdurige zorg” uit mei 2010, zijn tot uitvoering gebracht? Wat was hiervan de uiteindelijk behaalde besparing? Is deze werkwijze geanalyseerd en wat waren hiervan de resultaten? Zie het antwoord op vraag B005.	7	
B007	Op pagina 10 van Zorgkeuzes in Kaart wordt gesteld dat er geen causaal verband is tussen de institutionele vormgeving van een zorgstelsel en de kosteneffectiviteit. Waarom zijn de internationale vergelijkingen van bureaucratie – die hoger is in een privaat stelsel – niet meegewogen? In het OESO onderzoek waarnaar op pagina 10 van het rapport wordt verwezen zijn uitvoeringskosten ook meegenomen.	10	
B008	Op pagina 10 van Zorgkeuzes in Kaart staat dat sommige maatregelen het karakter hebben van een educated guess, omdat niet altijd gevalideerde informatie beschikbaar was. Kunt u een overzicht geven van welke evaluaties van beleidsregels zijn gebaseerd op een educated guess en welke zijn gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek? Waar mogelijk is gebruik gemaakt van het beschikbare wetenschappelijk onderzoek. Maar niet al het wetenschappelijk onderzoek levert eenduidige uitkomsten. En niet alle uitkomsten zijn direct bruikbaar voor de kwantificering van concrete maatregelen in de Nederlandse situatie anno nu. Zelfs daar waar relatief veel wetenschappelijk onderzoek voorhanden is, zoals bij de effecten van eigen betalingen op het zorggebruik, is een element van expert opinion nodig bij de kwantificering van concrete maatregelen.	10	
B009	Convenanten of akkoorden worden niet meegenomen. Wanneer een convenant echter gecombineerd wordt met inzet van het MBI is de onzekerheid rondom de inbreng van andere partijen weggenomen. Kan in deze combinatie wel een bedrag toegekend worden aan het	11	

voortzetten of aanscherpen van de bestaande akkoorden? Zo nee, waarom niet?

Sinds de vorige KiK heeft het zorgverzekeringsstelsel zich verder ontwikkeld waardoor de prikkels voor zorgverzekeraars zijn vergroot en er minder ruimte is voor generieke kortingen. Er wordt daarom in deze rapportage geen groeivertraging toegekend bij een MBI-korting zonder ondersteunende maatregelen. Om een groeivertraging te bereiken zijn concrete ondersteunende maatregelen nodig.

- | | | | |
|------|--|----|----|
| B010 | Convenanten of akkoorden worden niet meegenomen. Wat is dan de veronderstelling ten aanzien van de toekomstige groei van de zorguitgaven en waar is deze op gebaseerd? | 11 | |
| | Zie het antwoord op vraag A005. | | |
| B011 | In hoeverre zijn de bedragen opgenomen in het rapport 'constant' in aanloop naar volgende verkiezingen, of zal dan een actualisatie van de bedragen plaatsvinden? | 13 | |
| | Dat laatste. | | |
| B012 | Zijn de budgettaire gevolgen van de beleidsopties onafhankelijk van de volgende middenlangetermijnraming, of worden besparingen groter (kleiner) naarmate de zorguitgaven in de MLT-raming hoger (minder hoog) worden geraamd? | 13 | |
| | Dat laatste. | | |
| B013 | De mogelijkheden om binnen de Zvw meer collectieve preventie (c.q. leefstijl) initiatieven aan te moedigen zou beperkt zijn. Waarom zijn deze mogelijkheden beperkt? Kan de technische werkgroep een uitputtende lijst schetsen van maatregelen die binnen de Zvw wél tot de mogelijkheden behoren? | 17 | 18 |
| | Het eenjarige karakter van Zvw-polissen is een van de redenen. De Technische werkgroep heeft aanbevolen vervolgonderzoek te doen naar preventiemaatregelen. | | |
| B014 | Wanneer zijn de resultaten van het project 'preventie in de zorgstelsels' te verwachten? Valt er al iets te zeggen over de voorlopige conclusies? (blz. 18, Zorgkeuzes in Kaart) | 17 | 18 |
| | Zie het antwoord op vraag A027. | | |
| B015 | Waarom is er voor de opbrengsten van preventie niet voor gekozen om een maatschappelijke kosten baten analyse uit te voeren, zodat ook effecten buiten (zoals hogere arbeidsparticipatie) de gezondheidszorg meegenomen worden? Waarom is hierbij niet gekeken naar de "Volksgezondheid Toekomst Verkenning" van het RIVM, waarin een MKBA voor de zorg wordt uitgewerkt? | 17 | 18 |
| | Zie het antwoord op vraag A012. | | |
| B016 | Waarom is er voor de opbrengsten van preventie niet gekeken naar het rapport van CVZ, "De gecombineerde leefstijlinterventie: kosten, opbrengsten en de praktijk"? | 17 | 18 |
| | Het betreffende rapport is meegenomen in de analyse, maar de uitkomsten waren niet bruikbaar voor het kwantificeren van de ingebrachte maatregelen bij Zorgkeuzes in Kaart. | | |
| B017 | Er wordt aangegeven dat baten van preventie niet bekend zijn. Kan het CPB aangeven welke instituties dergelijke baten wel zou kunnen berekenen? | 17 | 18 |
| | Voor een beter inzicht in de baten van preventie is meer kennis nodig over de verschillende schakels om van specifieke preventie interventies tot maatschappelijke uitkomsten te komen. Het gaat dan om de effectiviteit van specifieke interventies in het beïnvloeden van gedrag, het effect van de gedragsverandering op gezondheid en het effect van gezondheid op maatschappelijke uitkomsten zoals zorguitgaven en arbeidsparticipatie. In hoofdstuk 8 is een aanbeveling gedaan voor verder onderzoek. | | |
| B018 | De baten voor volksgezondheid van preventie liggen vooral in de waarden van een langer en gezonder leven. Kan hieruit de conclusie worden getrokken dat de baten van preventie met name genoten worden door het individu dat een betere gezondheid ervaart en niet zozeer in termen van lagere collectieve uitgaven aan zorg? | 18 | |
| | Ja. | | |
| B019 | Het is mogelijk om individueel gerichte leefstijlinterventies toe te voegen aan het verzekerde pakket, mits bewezen effectief en doelmatig. Bestaan er voor zover bekend leefstijlinterventies die daadwerkelijk bewezen effectief en doelmatig zijn? | 18 | |

Het CVZ heeft bijvoorbeeld in haar rapport “De gecombineerde leefstijlinterventie: kosten opbrengsten en de praktijk” een analyse gemaakt van de (on)mogelijkheden voor het opnemen van individueel gerichte leefstijlinterventies in het pakket. De Technische werkgroep heeft geen onderzoek gedaan welke leefstijl interventies bewezen effectief en doelmatig zijn. De werkgroep heeft aanbevolen nader onderzoek naar preventiemaatregelen te doen.

- B020 Wat zijn de voorbeeldberekeningen waarop de 1,5% is gebaseerd? 19
Maatregelen 098 en 104.
- B021 Kan de algemene rekenregel wel zomaar gegeneraliseerd worden naar alle 104 verschillende beleidsopties? 19
Slechts bij een beperkt aantal maatregelen zijn transitiekosten berekend; alleen wanneer sprake is van stelselwijzigingen waarvan de effecten zich meerdere jaren doen gelden. De Technische werkgroep heeft de vuistregel van 1,5% per jaar als een ondergrens gehanteerd. Indien voor een bepaalde transitie concrete gegevens over transitiekosten beschikbaar komen, vervangen die de vuistregel. Zie ook het antwoord op vraag A033.
- B022 Wat zijn de criteria waarop de grootte van een transitie wordt beoordeeld (er staan nu alleen maar voorbeelden)? 19
De mate waarin de regelgeving aangepast moet worden, de mate waarin actoren een andere rol krijgen toebedeeld en de gedragsveranderingen van deze actoren die nodig zijn om het beoogde doel van de transitie te bewerkstelligen.
- B023 Wat is de genoemde onzekerheidsmarge van de transitiekosten? 19
In de gehanteerde percentages zit een zekere onzekerheidsmarge en het betreft ondergrenzen van de te verwachten tijdelijke transitiekosten. De onzekerheid die teweeg wordt gebracht door een stelselwijziging betreft onzekerheid over de vraag hoe de nieuwe regels precies geïnterpreteerd moeten worden en hoe andere actoren zich zullen gaan gedragen. De werkelijke transitiekosten kunnen in praktijk veel hoger uitvallen.
- B024 Op welke gronden zijn de twee, vijf en acht jaar transitietijd op beoordeeld? En op welke niet? 19
Zie het antwoord op vraag B021 en B022.
- B025 De makers van het analysekader stellen dat het nuttig is om het analysekader in te vullen voor een transitie uit het verleden². Is dat gebeurd? Wat kwam daar uit? En hoe lang duurde die transitie volgens dit analysekader? 19
Er is geen transitie uit het verleden uitgewerkt. Wel is het analysekader opgesteld op basis van ervaringen met verschillende transities in het verleden.
- B026 Waarop zijn de transitietijden van 2, 5 en 8 jaar voor respectievelijk kleine, middelgrote en grote stelselwijzigingen gebaseerd? 19
Fase 1 en 2 zijn nog relatief goed in te schatten. Het gaat hier om de implementatietermijn. Met name fase 3, vanaf de ingang van de wet totdat een nieuw evenwicht is bereikt is moeilijker in te schatten. Vooral bij grote stelselwijzigingen is die relevant. Onderzoeksbureau SiRM kwam voor de grote stelselwijzigingen uit op tien jaar. Daar is, als ondergrens, de acht jaar voor grote stelselwijzigingen van afgeleid. De middelgrote en kleine stelselwijzigingen zijn vervolgens op vijf en twee jaar ingeschat. Zie ook het antwoord op A033.
- B027 Op basis waarvan zijn de lengtes van drie verschillende transitiefases vastgesteld, aangezien de makers van het analysekader stellen dat het moeilijk is vast te stellen wanneer de laatste fase is afgelopen³? 19
Zie het antwoord op vraag B026.
- B028 Wat is de procedure om het analysekader toe te passen waarmee de transitietijd wordt bepaald⁴? Wie de procedure om het kader toe te passen precies ontwikkeld? 19
Voor de bepaling van de transitietijd zie het antwoord op de vragen A033 en B022.

² SiRM – Strategies in Regulated Markets B.V. (2015) Transitiekosten stelselwijzigingen in de zorg: P 48

³ SiRM – Strategies in Regulated Markets B.V. (2015) Transitiekosten stelselwijzigingen in de zorg: P 48

⁴ SiRM – Strategies in Regulated Markets B.V. (2015) Transitiekosten stelselwijzigingen in de zorg: P 48

B029	Waarop zijn de jaarlijkse transitiekosten van 1,5% per jaar gebaseerd?	19
	Zie het antwoord op vraag A033.	
B030	Volgens de makers van het kader zijn de transitiekosten niet hetzelfde voor elke fase van het transitieproces ⁵ , waarom wordt in ZiK dan wel uitgegaan van 1,5% per jaar?	19
	Dat klopt, in fase 2 – tussen parlementaire goedkeuring en invoering – zijn de transitiekosten het hoogst. In de fase ervoor en erna wat lager. De Technische werkgroep rekent met een simpele transparante rekenregel als ondergrens, ook voor fase 2. Indien voor een bepaalde transitie concrete gegevens over transitiekosten beschikbaar komen, vervangen die de rekenregel.	
B031	Het analysekader is door een kleine groep mensen gemaakt en de makers maken het voorbehoud dat ze waarschijnlijk effecten verkeerd inschatten of over het hoofd zien. Op welke wijze heeft de technisch werkgroep deze voorbehouden gewogen in haar advies?	19
	Om de in de vraag genoemde redenen is een behoedzame inschatting van de transitiekosten gemaakt, de rekenregel is daarom een ondergrens.	
B032	Hoe komt het dan in Keuzes in Kaart 2013-2017 nog werd gesteld dat door budgetfinanciering 2 miljard bespaard kan worden en dat die besparing nu helemaal niet meer wordt genoemd? Waardoor is die besparing is weggevalen?	19
	Van de overgang naar een gebudgetteerd en gereguleerd stelsel (maatregelen 097, 098 of 099) verwacht de Technische werkgroep, in navolging van de OESO, als zodanig geen verbetering of verslechtering van de doelmatigheid. Wel ontstaat bij deze overgang de vrijheid om, binnen zekere grenzen, te kiezen voor budgettaire verkrapting dan wel verruiming. De werkgroep heeft daarom de maatvoering van een eventuele besparing bij deze maatregelen open gelaten (p.m.).	
B033	Waarom stelde het CPB eerder dat de kosten door betaling per verrichting in de GGZ toenamen, terwijl ze nu stelt dat de zorgstelsels qua kosten niet verschillen? ⁶	19
	Zie het antwoord op de vragen A171 en A172.	
B034	•Waarop is de veronderstelling gebaseerd dat gedurende de transitie per jaar 1,5% kosten worden gemaakt?	20
	Zie het antwoord op vraag B029.	
B035	Waarom wordt er gekozen voor een onderscheid tussen kleine, middelgrote en grote stelselwijziging?	20
	Omdat maatregelen verschillen in de mate waarin de regels veranderen en waarin actoren een andere rol krijgen toebedeeld.	
B036	En waarom is er niet gekozen voor een verschil in percentages afhankelijk van de grote van de stelselwijziging?	20
	Bij stelselwijzigingen blijkt vooral de duur bepalend voor de totale transitiekosten. Wel is omwille van de eenvoud bij toepassing van de rekenregel ook voor fase 2 met 1,5% als ondergrens gerekend.	
B037	Kan de technische werkgroep helder maken wat de consequenties zijn als er geen transitiekosten worden meegenomen bij achtereenvolgens kleine-, middelgrote- en grote stelselwijzigingen?	20

⁵ SiRM – Strategies in Regulated Markets B.V. (2015) Transitiekosten stelselwijzigingen in de zorg: P 25-26

⁶ In de GGZ zijn de kosten toegenomen door te betalen per behandeling. Er is ook een kleine efficiëntie winst, maar de kostentoeename is groter (p.23). Het is duidelijk dat zorgverleners in e geestelijke gezondheidszorg reageren op financiële prikkels (p. 25). Patiënten zijn bij behandelaars die betaald krijgen per behandeling gemiddeld 120 euro duurder dan bij behandelaars die gebudgetteerd zijn (p. 21). Het lijkt erop dat behandelaars doorbehandelen totdat een patient in een hoger tarief zit (p. 25). Daar bovenop is het DBC systeem erg fraudegevoelig, omdat de behandelaars zelf de DBC's invullen. Dit kan ook nog hogere kosten als gevolg hebben.

www.cpb.nl/sites/default/files/publicaties/download/dp292-unintended-effects-reimbursement-schedules-mental-health-care.pdf

Bij de maatregelen waar de Technische werkgroep transitiekosten verwacht, zijn ze meegenomen.

- B038 Wetende dat er in de nieuwe modellen van het CPB transitiekosten aan maatregelen vastzitten; 20
wanneer moeten voorstellen voor een tegenbegroting ingediend worden, willen ze nog meegenomen kunnen worden voor de tegenbegroting?
- Het CPB meldt dat dat niet verandert. Ook in het verleden werden geen korte termijn besparingen toegekend aan stelselwijzigingen en werd gewezen op eventuele transitiekosten. Het enige dat verandert is dat transitiekosten niet langer op pm staan, maar nu ook gekwantificeerd worden. Dit kan dus betekenen dat een stelselwijziging die voorheen een budgettaire opbrengst had van nul+pm in een tegenbegroting voor het jaar t+1, in de toekomst per saldo transitiekosten laat zien voor dat jaar.**
- B039 Er is een labexperiment uitgevoerd naar gedragseffecten. Echter, de resultaten hiervan zijn niet 22
gebruikt voor de kwantificering van de beleidsopties eigen betalingen. Zijn deze uitkomsten wel gebruikt voor de kwantificering van andere beleidsopties? Zo ja, welke en waarom kunnen de gedragseffecten bij die beleidsopties wel meegenomen worden?
- Nee, ook bij andere beleidsopties zijn de uitkomsten van dit labexperiment niet gebruikt.**
- B040 Er is een labexperiment uitgevoerd naar gedragseffecten. Echter, de resultaten hiervan zijn niet 22
gebruikt voor de kwantificering van de beleidsopties eigen betalingen. Welke gevolgen zou het meenemen van deze resultaten voor de eigen betalingen gehad kunnen hebben?
- De Technische werkgroep meent dat de resultaten uit het labexperiment nog niet voldoende gevalideerd zijn om te vertalen naar de kwantificering van beleidsopties eigen betalingen. Een dergelijk experiment is nieuw voor de Nederlandse zorg en vergt nog nadere analyse en vervolgonderzoek.**
- B041 Er is een labexperiment uitgevoerd naar gedragseffecten. Echter, de resultaten hiervan zijn niet 22
gebruikt voor de kwantificering van de beleidsopties eigen betalingen. Kan hieruit geconcludeerd worden dat de geraamde opbrengsten van de beleidsopties rondom eigen betalingen een ondergrens weergeven, en hoger zijn wanneer wel rekening gehouden wordt met gedragseffecten?
- De Technische werkgroep meent dat de resultaten uit het labexperiment nog niet voldoende gevalideerd zijn om te gebruiken bij de kwantificering van beleidsopties eigen betalingen. Daarom trekt de Technische werkgroep nog geen conclusies op basis van het experiment. Een dergelijk experiment is nieuw voor de Nederlandse zorg en vergt nog nadere analyse en vervolgonderzoek.**
- B042 De gedrags- en neveneffecten van overhead- en ziekteverzuimnormen die worden benoemd 24
zijn, behalve dat het de kwaliteit van zorg ten goede kan komen, allemaal negatief en spreken van weinig vertrouwen in de organisaties. Op basis waarvan zijn deze gedragseffecten gemeten? Zijn er geen positieve effecten te benoemen?
- De beoogde positieve effecten zijn al onderdeel van de beschrijving van de maatregel.**
- B043 Waarom wordt onder overhead niet bijvoorbeeld verstaan de inhuur van externen, papierwerk 24
en ICT? Hoe hoog zijn deze uitgaven in de Wlz gemiddeld?
- De genoemde kosten zijn inbegrepen in de definitie van overhead.**
- B044 De combinatie van maatregelen 006 en 007 leidt tot maatregel 008. Waarom wijken de kosten 24
van maatregel 008 substantieel af van de opgetelde kosten van maatregelen 006 en 007?
- De totale opbrengst is inderdaad groter dan de som van de twee onderdelen, omdat er een interactie-effect is: de opbrengst van de WNT is groter als alle specialisten in loondienst zijn, in plaats van ongeveer de helft.**
- B045 010 Met een investering van 1.4 miljard kan 19.600 FTE werkgelegenheid worden gecreëerd. 24
In de tabel wordt aangegeven wat hiervan de kosten zijn en uitgewerkt wordt dat wellicht niet de hele investering naar banen gaat. Maar levert het plan niet ook geld op? Doordat banen worden gecreëerd wordt op andere posten, bijvoorbeeld uitkeringen en kwaliteit van zorg, toch ook geld bespaard? En zijn opbrengsten meegewogen van besparingen die plaatsvinden, omdat mantelzorgers minder worden overbelast door het creëren van werkgelegenheid? Hoe zijn die opbrengsten meegenomen in de berekening?
- Nee, enkel de toename van de werkgelegenheid die rechtstreeks voortvloeit uit de**

maatregel is gekwantificeerd. Zie verder het antwoord op vraag A039.

- B046 Een voorgestelde maatregel is de korting op de looncomponenten van de macrobudgetten en gereguleerde tarieven. Kan een kwalitatieve inschatting gemaakt worden van de gevolgen hiervan voor de arbeidsmarkt in de zorg en voor de kwaliteit van de geleverde zorg? 25
- Zorgaanbieders in de gebudgetteerde en tariefgereguleerde subsectoren zullen in eerste instantie hun reserves aanspreken. Dit zal alleen tijdelijk soelaas bieden. Wel zullen zorgaanbieders proberen in cao-onderhandelingen loonmatiging af te dwingen. Maar vanwege de noodzaak om op de arbeidsmarkt te concurreren met andere sectoren zal ook dit effect, voor zover het al wordt bereikt, tijdelijk zijn. Structureel kan de korting op budgetten en tarieven alleen worden opgevangen door efficiënter te werken of kwalitatief mindere zorg te verlenen. Meer en meer zal de korting zich vertalen in het verlenen van kwalitatief mindere zorg.**
- B047 Een voorgestelde maatregel is een korting van 7,5% op de opleidingsbudgetten van medisch specialisten. Hoe kan deze korting in de praktijk worden vormgegeven? Kan dit zonder een inhoudelijke aanpassing aan de opleiding(sduur)? Zo ja, hoe? Zo nee, welke gevolgen voor de kwaliteit van opleidingen heeft een dergelijke korting? 25
- Een inhoudelijke aanpassing van de opleiding maakte geen deel uit van de aangedragen maatregel. In feite is daarom sprake van een efficiencykorting. Daarom is enkel aangegeven dat bij een (forse) bezuiniging het risico bestaat dat instellingen niet of minder gaan opleiden of de kwaliteit van de opleiding laten teruglopen.**
- B048 011: Hoe komt het percentage van het verloren gaan van 5% van de gezondheid tot stand? 26
- Indien de medische consequenties wel zouden worden beoordeeld, heeft dit een negatief of een positief effect op de kosten? Indien de maatschappelijke consequenties wel zouden worden beoordeeld, heeft dit een negatief of een positief effect op de kosten? Is onderzocht wat de kosten zijn van mensen die een artsbezoek uitstellen, waardoor een zwaardere en duurdere ziektelast ontstaat?
- De beleidsoptie gaat uit van een ziektelastgetal van 0,05. Dit getal staat gelijk aan het verloren gaan van 5% van de gezondheid indien de aandoening onbehandeld blijft. De omvang van eventuele medische of maatschappelijke consequenties of van uitstel van artsbezoek is in de rapportage van het Zorginstituut over de ziektelast niet vastgesteld en de effecten op de kosten daarmee ook niet.**
- B049 013: Indien de medische en maatschappelijke consequenties van het schrappen van de categorie “voorwaardelijke toelating” zouden worden beoordeeld, heeft dit dan een negatief of een positief effect op de kosten? 26
- Voorwaardelijke toelating betreft nieuwe interventies en maakt slechts een klein deel uit van de totale zorg. Medische en maatschappelijke consequenties zijn voor deze beleidsoptie niet berekend.**
- B050 015: Hoe hoog zijn de medische en maatschappelijke kosten indien vanwege de kosten ouderdomsgerelateerde zorg wordt gemeden op de langere termijn? 26
- Op welke wijze wordt de ouderdomsgerelateerde zorg berekend? Aan de hand van welke criteria en aandoeningen en leeftijdsgrenzen?
- Medische en maatschappelijke consequenties zijn voor deze beleidsoptie niet berekend. Ouderdomsgerelateerde zorg is in deze beleidsoptie omschreven als voorzienbare en betaalbare zorg voor ouderdomsgerelateerde aandoeningen of beperkingen. De leeftijdsgrens is bepaald op 67 jaar en ouder. De uitwerking betreft niet alle ouderdomsgerelateerde zorg maar slechts twee pakketonderdelen, incontinentiemateriaal voor ouderen en auditieve hulpmiddelen bij leeftijdsgelateerde slechthorendheid.**
- B051 016: Hoe hoog zijn de medische en maatschappelijke kosten indien vanwege de kosten afgezien wordt van kraamzorg op de langere termijn? 26
- Wat kost opname van moeder en pasgeborene voor vier dagen in het ziekenhuis als alternatief voor kraamzorg?
- Wat kost opname van moeder en pasgeborene voor vijf dagen in het ziekenhuis als alternatief voor kraamzorg?
- De gezinnen met het hoogste risico moeten een inkomensafhankelijke eigen bijdrage van 75% gaan betalen. Zijn de gezinnen met het hoogste risico niet ook vaak de gezinnen met het minste

geld te besteden? Hoe wordt de kans geschat dat de mensen die het hardst de zorg nodig hebben de hoge kosten niet op kunnen brengen en de zorg gaan mijden. Welke risico's zijn er in deze situatie?

De medische en maatschappelijke kosten zijn voor deze beleidsoptie niet berekend indien wordt afgezien van kraamzorg. Dit geldt ook voor de kosten van opname van moeder en pasgeborene voor vier of voor vijf dagen in het ziekenhuis als alternatief voor kraamzorg. De inkomensafhankelijke eigen bijdrage voor gezinnen met een verhoogd risico op problematiek geldt in deze beleidsoptie alleen voor gezinnen met een inkomen boven modaal. Voor gezinnen met een lager inkomen geldt de vaste eigen bijdrage van 4,15 euro per uur. Ten opzichte van de huidige situatie is voor deze groep geen extra zorgmijding te verwachten.

- | | | |
|------|---|----|
| B052 | <p>021: Hoe hoog zijn de medische en maatschappelijke kosten op de lange termijn indien vanwege een verhoging van het eigen risico met 100 euro, het mijden van medisch noodzakelijk zorg verder toeneemt?</p> <p>Hoe hoog zijn de medische en maatschappelijke opbrengsten op de lange termijn indien vanwege het verlagen dan wel afschaffen van het eigen risico, het mijden van medische noodzakelijk zorg afneemt?</p> <p>Het vermijden van medisch noodzakelijke zorg is reeds verdisconteerd in de kwantificering van de budgettaire effecten. De programma-effecten zijn niet gekwantificeerd.</p> | 26 |
| B053 | <p>022: Hoe hoog zijn de medische en maatschappelijke kosten op de lange termijn indien vanwege het onder het eigen risico brengen van de huisarts, medische noodzakelijk zorg wordt gemeden?</p> <p>Wat zijn de consequenties voor de sociaaleconomische gezondheidsverschillen van het onder het eigen risico brengen van de huisarts? Zullen deze toe of afnemen?</p> <p>Zie het antwoord op vraag B052.</p> | 26 |
| B054 | <p>29: Hoe hoog zijn de medische en maatschappelijke kosten op de lange termijn indien vanwege de eigen bijdrage voor extramurale geneesmiddelen, medisch noodzakelijk zorg wordt gemeden?</p> <p>Zie het antwoord op vraag B052.</p> | 26 |
| B055 | <p>031: Hoe hoog zijn de medische en maatschappelijke kosten op de lange termijn indien vanwege de eigen bijdrage tandheelkundige zorg, tandheelkundige zorg wordt gemeden?</p> <p>Zie het antwoord op vraag B052.</p> | 26 |
| B056 | <p>032: Wat zijn de financiële consequenties voor ouderen en chronisch zieken die veel zorg nodig hebben, bij het invoeren van een eigen bijdrage bij verblijf in het ziekenhuis?</p> <p>Wat zijn berekende meerkosten van te snel ontslag of vertrek van iemand die heropgenomen moet worden?</p> <p>De gemiddelde eigen bijdrage per verzekerde neemt toe met 5 euro. Een patiënt betaalt maximaal 100 euro per jaar, wanneer hij of zij tien ligdagen in het ziekenhuis heeft.</p> <p>De berekende meerkosten zijn verwaarloosbaar voor deze beleidsoptie.</p> | 26 |
| B057 | <p>Het verder verhogen van de vermogensinkomensbijtelling in combinatie met het vasthouden aan het huidige maximum maandbedrag, leidt ertoe dat een specifieke cliëntengroep de genoemde opbrengst op zal moeten brengen. Kan aangegeven worden over welke inkomens- en vermogenscategorieën deze maatregel gevolgen zal hebben?</p> <p>Dit zijn cliënten met een grondslag sparen en beleggen die groter is dan 0 en bovendien op dit moment ook nog niet de maximale eigen bijdrage betalen.</p> | 28 |
| B058 | <p>Er wordt gerekend met invoering van een eigen bijdrage voor wijkverpleging, twee specifieke varianten. Wat zou de opbrengst van deze maatregel zijn wanneer de wijkverpleging onder het eigen risico wordt gebracht?</p> <p>Dit heeft de Technische werkgroep niet nader onderzocht.</p> | 28 |
| B059 | <p>Kan de technische werkgroep uitgebreider ingaan op de onderzoeksvragen voor het aanbevelen interdepartementaal beleidsonderzoek naar de wijze waarop onderzoeksprogramma's voor preventiebeleid en gezonde leefstijlmaatregelen moeten worden ingericht?</p> | 31 |

Dat valt buiten de reikwijdte van de taakopdracht van de Technische werkgroep.

- B060 Waarom zijn de baten van beleidsoptie 036 (oprichten preventiefonds) en 037 (preventie in het zorgbudget) niet meegenomen in Tabel 7.4? Kan de technische werkgroep een schatting maken van deze baten? 31

In de rapportage is geconstateerd dat preventie niet goed binnen het gehanteerde format van Zorgkeuzes in Kaart kan worden doorgerekend. Daarvoor is een andere methodiek nodig. Dit heeft geleid tot een aanbeveling in hoofdstuk 8.

- B061 Waarom zijn de baten van beleidsoptie 036 (oprichten preventiefonds) en 037 (preventie in het zorgbudget) niet meegenomen in Tabel 7.4? Kan de technische werkgroep een schatting maken van deze baten? 31

Zie het antwoord op vraag B060.

- B062 Waarom zijn de gehanteerde bedragen (€ 470 miljoen voor het preventiefonds en € 250 miljoen voor preventie in het zorgbudget) zo hoog als ze zijn en zijn ze bijvoorbeeld niet hoger of lager? 31

Zie het antwoord op vraag A076.

- B063 Bij maatregel 037 wordt een deel van het zorgbudget geormerkt voor preventie. Wordt hierbij het zorgbudget constant gehouden? Zo ja, leidt dit dan tot een vermindering van de geleverde zorg, aangezien hier minder budget voor beschikbaar is? Zo nee, wordt hierbij dan uitgegaan van een stijging van het zorgbudget, dus ook de zorgpremie en het eigen risico? 31

De maatregel is uitgewerkt als een intensivering van 250 miljoen euro door uitbreiding van het verzekerde pakket met preventiemaatregelen. Ceteris paribus vereist dit een stijging van de zorgpremie en het eigen risico.

- B064 In hoeverre heeft het afschaffen van het verplichte lesuren sport op school geleid naar meer overgewicht en/of andere ziekten onder kinderen? Welke kosten zijn hiermee gemoeid? 31

Deze maatregel is niet doorgerekend.

- B065 Hoeveel kosten kunnen er bespaard worden als kinderen verplicht 3 uur sportlessen op school krijgen? 31

Deze maatregel is niet doorgerekend.

- B066 Waarom is er in de beleidsoptie verminderen van ondervoeding en uitdroging niet het onderzoek betrokken waarin gesteld is dat ondervoeding in de zorg jaarlijks 2 miljard euro kost? Hoeveel kosten kunnen bespaard worden met de aanpak van ondervoeding in de zorg? 31

In het SEO rapport ('Ondervoeding onderschat' uit 2014), dat de Technische werkgroep heeft geraadpleegd, ontbreekt een concrete maatregel die de Rijksoverheid zou kunnen nemen om een verandering teweeg te brengen. De Technische werkgroep stelde zich telkens de vraag: welke maatregel neemt de Rijksoverheid en wat zijn daar de effecten van? De mogelijkheden van de overheid om de werkwijze in een sector te veranderen zijn beperkt.

- B067 Er wordt aangegeven dat zorgverzekeraars, rijksoverheid en gemeenten weinig prikkels hebben om te investeren in effectieve preventieve interventies. Welke prikkels hebben de partijen om te investeren in effectieve preventieve interventies? 31

Zie het antwoord op vraag B013.

- B068 Waarom worden er in analyse van de preventiemaatregelen wel kosten en opbrengsten van andere beleidsterreinen meegenomen maar bij alle andere maatregelen niet? 31

Zie het antwoord op vraag A012.

- B069 Waarom worden mogelijke besparingen als het gaat om voedselverspilling in de ouderenzorg niet meegenomen omdat er 'geen garantie' is op daadwerkelijke besparing? Is die garantie er bij alle andere voorstellen wel of is bij alle voorstellen geen besparing meegenomen als die garantie er niet is? 31

Met 'geen garantie' wordt bedoeld 'te onzeker om mee te rekenen'.

- B070 Klopt het dat uit recent onderzoek van de Universiteit van Wageningen blijkt dat ziekenhuizen met kleine veranderingen de verspilling van voedsel met 2-20% terug kunnen dringen en daarmee 30.000-100.000 euro per jaar kunnen besparen? Zijn hier geen parallellen te trekken 31

met de ouderenzorg?

De eerste vraag is inderdaad hoe groot de potentiële besparing is. Maar de constatering dat er een besparingspotentieel is, is voor ZiK niet genoeg. De kernvraag in ZiK is welke instrumenten de rijksoverheid heeft om daar iets in positieve zin aan te doen.

- B071 042: In welke gebieden van Nederland ontstaan problemen als een derde van de SEH's 's nachts wordt gesloten? Oftewel waar moeten de drie ambulances ingezet worden om de 45-minuten norm te halen? 31
- Wat zijn de bronnen van de gehanteerde cijfers bij de budgettaire effecten van het capaciteitsplan?
- Afhankelijk van welke SEH's 's nachts daadwerkelijk sluiten zullen de extra ambulances nodig zijn. De gebruikte bronnen zijn: Gezondheidsraad 2012. De basis moet goed! Kwaliteit bij een Basis Spoedeisende Hulp binnen een regionaal netwerk, p. 13; Ipse 2013. Schaal- en synergie-effecten bij de spoedeisende hulp. Een literatuur- en empirisch onderzoek naar de kostenstructuur van de spoedeisende hulp, p. 68.**
- B072 062: Kan helder uitgelegd worden waarom er geen groeivertraging is toegekend bij een MBI-korting zonder ondersteunende maatregelen? 32
- Zie het antwoord op vraag B009.**
- B073 065: Waarom wordt voor de uitvoering 3 jaar uitgetrokken? Kan dit sneller indien er gekozen wordt voor referentielanden waar wel prijslijsten per direct beschikbaar zijn? Hoeveel snellen kan dit en wat zal dan de besparing zijn? 36
- Voor een wetswijziging wordt in Zorgkeuzes in Kaart gerekend met een gemiddelde doorlooptijd van twee jaar. Daarnaast is tijd nodig voor het analyseren van de prijslijsten van de nieuwe referentielanden, ook indien deze al beschikbaar zijn. Daarom is nog maximaal een jaar extra gerekend voor de implementatie.**
- B074 066: Wat is het gevolg voor het aantal zorgmijders, betalingsregelingen en wanbetalers indien de eigen betalingen worden verhoogd met 216 dan wel 108 miljoen euro? Wat zijn hiervan de kosten op de langere termijn? 36
- Het gaat om circa 185 miljoen euro eigen betalingen door ruim vijf miljoen patiënten, dat wil zeggen gemiddeld 37 euro per jaar per patiënt.**
- B075 071: De variant van de centrale inkoop door de Rijksoverheid wordt niet verder uitgewerkt omdat dit binnen het huidige stelsel niet mogelijk is. Waarom is dat een argument? Vele beleidsopties hebben een relatie of juist antirelatie met ander opties. Nogmaals de vraag wat is de besparing van centrale inkoop van medicijnen door de Rijksoverheid. 36
- In Zorgkeuzes in Kaart is bij de analyse van de maatregelen uitgegaan van de inrichting van het Nederlandse zorgstelsel per 2017, dat wil zeggen het huidige private stelsel. Deze variant van beleidsoptie 071 is alleen mogelijk als er eerst een keuze is gemaakt voor een publiek stelsel. De uitwerking van de beleidsoptie hangt daarmee samen met de gekozen vormgeving van een publiek stelsel.**
- B076 074: Het verbod op geneesmiddelenreclame en artsenbezoek, is niet doorgerekend omdat dit in strijd zou zijn met bepalingen in de huidige Europese richtlijn. Een richtlijn kan natuurlijk wijzigen. Nogmaals: wat is de besparing van een verbod geneesmiddelenreclame en artsenbezoek? 36
- Binnen het kader van Zorgkeuzes in Kaart zijn aanpassingen van Europese wet- en regelgeving of verdragen als niet afdwingbaar beschouwd. Beleidsopties die een wijziging van de Europese wet- en regelgeving of verdragen vergen zijn daarom niet verder uitgewerkt en berekend.**
- B077 075: Waarom moet er worden gewacht op een nader onderzoek om een indicatie te kunnen geven van de besparing? Evenals bij andere beleidsopties betreft het een "educated guess". Wat is de besparing indien verspilling tegengegaan wordt wanneer er kleine verpakkingen gebruikt worden en er derhalve minder wordt verspild? 36
- Een educated guess zou in het geval van deze beleidsoptie in te grote mate alleen een guess zijn geweest. De vraag bij deze beleidsoptie is of de besparing op de verspilling opweegt tegen de kosten van het innemen en heruitgeven en de kosten van het kleiner verpakken van medicijnen. Voor de berekening is het van belang dat deze onderbouwd kan worden**

met relevante onderzoeksresultaten.

- B078 076: De maatregel wordt niet verder uitgewerkt omdat deze juridisch niet uitvoerbaar is in het huidige stelsel. Nogmaals: wat is de besparing indien een verplichte jaarlijkse medicatiebeoordeling wel doorgevoerd wordt? Hoe verklaart de werkgroep dat eerdere berekeningen wijzen op een forse besparing van kosten van geneesmiddelen en bijwerkingen door het gebruik van teveel geneesmiddelen? 36
- In het huidige stelsel is de medicatiebeoordeling mogelijk binnen de aanspraak Zvw. Beschreven is dat de medicatiebeoordeling nog niet goed van de grond is gekomen doordat zorgverzekeraars deze zorg nog beperkt contracteren, artsen en apothekers de vergoeding te laag vinden en voor patiënten de medicatiebeoordeling onder het eigen risico valt. Een verplichting opleggen aan de zorgverzekeraars kan echter niet in het huidige stelsel. In Zorgkeuzes in Kaart is bij de analyse van de maatregelen uitgegaan van de inrichting van het Nederlandse zorgstelsel per 2017. De verdere uitwerking van de beleidsoptie hangt samen met de gekozen vormgeving van een publiek stelsel. De constatering in onderzoeksrapporten dat er een besparingspotentieel is, is voor Zorgkeuzes in Kaart niet genoeg. De kernvraag in Zorgkeuzes in Kaart is welke instrumenten de rijksoverheid heeft om daar iets in positieve zin aan te doen.**
- B079 Waarop is de aanname voor de bedragen gebaseerd voor scheiden van wonen en zorg? Indien mensen hun wooncomponent zelf betalen moet er toch een financieel voordeel ontstaan? 38
- In variant a worden de cliënten volledig gecompenseerd voor hun wooncomponent, daarom ontstaat hier geen budgettair voordeel. Door de aanzuigende werking nemen de kosten juist toe.**
- In variant b worden slechts financieel minder draagkrachtigen gecompenseerd, waardoor de collectieve zorguitgaven afnemen met structureel 150 miljoen.**
- B080 078: Er kan in het algemeen niet worden geconcludeerd dat kleinschalige zorg goedkoper dan wel duurder is. Graag een uitwerking hiervan. 38
- Waarom is er alleen gekeken naar woonvormen van mensen met dementie en gehandicapten met een intensieve zorgvraag?
- Welke positieve effecten voor de (gezondheid van de) bewoners van de kleinschalige zorginstellingen zijn meegenomen in de berekening van de budgettaire effecten?
- De kosten van kleinschalige zorg en de benodigde hoeveelheid personeel lijken op grond van het beschikbare onderzoek sterk samen te hangen met de manier waarop de kleinschalige zorg wordt georganiseerd. Bij minder dan 24 bewoners is er een grotere vraag naar verzorgend personeel (Trimbos instituut 2010). Echter, wanneer de zorg georganiseerd wordt in kleinschalige zorg op grotere schaal (>48 bewoners) vraagt dat minder inzet van personeel dan zoals de situatie in Nederland nu is (waarbij 75% van de zorg grootschalig georganiseerd is). Er is alleen naar dementie en gehandicapten met een intensieve zorgvraag gekeken omdat de beschikbare literatuur beperkt is.**
- Zoals uit het factsheet 'van kleinschalig wonen naar kleinschalige zorg voor mensen met dementie' van het Trimbos Instituut (2010) blijkt werden er in beide vergeleken studies in beperkte mate een positief effect gevonden op aspecten van de kwaliteit van leven van bewoners. Dergelijke aspecten vallen buiten de scope van Zorgkeuzes in Kaart.**
- B081 079: Waarom is alleen de indicatie door de zorgkantoren in plaats van het CIZ onderzocht en niet de indicatie door de professional? 38
- Wat maakt dat de uitvoeringskosten bij de zorgkantoren 50% hoger ligt dan bij het CIZ? Waar zijn die kosten uit opgebouwd?
- Hoe hoog zijn de uitvoeringskosten zijn als de indicatiestelling door de professional worden uitgevoerd?
- Indicatiestelling door de professional is uitgewerkt in beleidsoptie 087. De uitvoeringskosten liggen bij de zorgkantoren hoger dan bij het CIZ omdat de zorgkantoren een aanvullende taak hebben ten opzichte van het CIZ. Naast de objectieve criteria (zoals de taak was van het CIZ), moeten bij deze beleidsoptie ook de individuele omstandigheden van de cliënt meegewogen worden. Er is geen uitsplitsing gemaakt van de extra uitvoeringskosten.**
- B082 080: Welke bronnen zijn gebruikt in de onderbouwing en uitwerking van deze maatregel? 38

Er is geen onderzoek specifiek voor deze maatregel gebruikt, omdat die niet voorhanden was. Wel is gebruik gemaakt van de algemene regel, zoals bijvoorbeeld blijkt uit het Nederlandse PGB-onderzoek, dat het gebruik van collectieve voorzieningen toeneemt naarmate cliënten meer keuzevrijheid hebben en er minder restricties zijn in de vorm van wachtlijsten enzovoorts.

- B083 Het experiment ERAI liet zien dat het schrappen van (inkoop)regels forse besparingen kan laten zien. Waarom zijn die ervaringen niet meegenomen? 38
De lessen uit het experiment ERAI zijn meegenomen in de Hervorming van de Langdurige Zorg. Het betreft derhalve staand beleid. Staand beleid vormt het uitgangspunt voor de analyses in Zorgkeuzes in Kaart.
- B084 Waarop zijn deze aannames gebaseerd? Een eerder onderzoek op basis van de motie Van Dijk heeft aangegeven dat er flink te besparen valt bij meerjarige en standaardisering van de zorginkoop. 38
Er is gebruik gemaakt van het rapport ‘Op weg naar minder administratieve lasten’ dat is uitgebracht door Q-consult naar aanleiding van de motie Van Dijk betreffende zorginkoop. Daarnaast is gebruik gemaakt van gegevens van het CBS over de inhuur van uitzendkrachten en andere externen in de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg.
- B085 Voor het korten op de huishoudelijke verzorging is uitgegaan van twee varianten. Is daarbij onderzocht wat de effecten en de kosten zijn als er nog meer bezuinigd wordt op de huishoudelijke verzorging als het gaat om zorgmijding, vereenzaming, vervuiling, ondervoeding, grotere kans op ongelukken, mensen die op een later moment in beeld komen met een duurdere zorgvraag, een grotere overbelasting onder mantelzorgers en het verlies aan werkgelegenheid? Welke bronnen en onderzoeken zijn gebruikt bij deze berekeningen? 41
Nee, er is niet onderzocht wat de effecten zijn indien meer wordt bezuinigd dan in de twee gepresenteerde varianten.
- B086 Op basis waarvan wordt de transitieperiode op 8 jaar geraamd? 43
Zie het antwoord op vraag B026.
- B087 Op basis waarvan worden de transitiekosten 1,5% per jaar geraamd? 43
Zie het antwoord op vraag B029.
- B088 Zijn de transitiekosten in alle vier de verschillende fases van het transitieproces 1,5%? Waar is dat op gebaseerd? 43
Zie het antwoord op vraag B030.
- B089 Op basis waarvan is de duur van verschillende transitiefases bepaald? 43
Zie het antwoord op vraag B026.
- B090 Wat is de procedure om het analysekader transitiekosten toe te passen, aangezien de makers deze niet hebben ontwikkeld?⁷ 43
Zie het antwoord op vraag B021.
- B091 Is er gecontroleerd op effecten die door de makers van het analysekader transitiekosten over het hoofd zijn gezien of verkeerd zijn ingeschat, zoals mogelijk geacht door de makers van dat kader?⁸ 43
Zie het antwoord op vraag B031.
- B092 Volgens de makers van het analysekader moet het kader nog verder worden aangescherpt, zodat het goed toegepast kan worden. Is dat gedaan en wat is er dan aangescherpt?⁹ 43
Zie antwoord op vraag B031.
- B093 Waarom zijn de enige budgettaire verschillen in alle drie de doorrekeningen de transitiekosten? 43
Zie het antwoord op de vragen A172 en B032.
- B094 Hoe zit het met structurele effecten als kostenbeheersing en lagere uitvoeringskosten (die wel 43

⁷ SiRM – Strategies in Regulated Markets B.V. (2015). Transitiekosten stelselwijzigingen in de zorg: p. 48

⁸ SiRM – Strategies in Regulated Markets B.V. (2015). Transitiekosten stelselwijzigingen in de zorg: p. 48

⁹ SiRM – Strategies in Regulated Markets B.V. (2015). Transitiekosten stelselwijzigingen in de zorg: p. 47

genoemd worden)?

Zie het antwoord op de vragen A172 en B032.

- B095 Waar is de stelling op gebaseerd dat doelmatigheid per definitie afneemt in een publiek stelsel? 43
Hoe verklaart u dat Canada met een meer publiek stelsel veel lagere kosten heeft dan de VS met een meer concurrentieel stelsel en dat het duurste ter wereld is?¹⁰

Zie het antwoord op vraag A172.

- B096 In elke van de drie beleidsmaatregelen zijn de budgetten beter beheersbaar, waarom is dat niet meegenomen in het effect op de uitgaven? 43

Zie het antwoord op vraag B032.

- B097 Waar is de aanname op gebaseerd dat ingrijpende stelselwijzigingen geen effect hebben op de zorguitgaven, los van de transitiekosten? 43

Zie het antwoord op vraag B032.

- B098 Hoe zit het met de tijd die het kost om een transitie door te voeren en wat waren de transitiekosten bij vorige grote stelselwijzigingen? 43

De transitiekosten van vorige grote stelselwijzigingen zijn niet opgenomen in dit rapport.

- B099 098: Wat is de onderbouwing van de 5-6 jaar die nodig is voor de implementatie van de beleidsregel? 43

Hoe is de 8 jaar transitietijd precies opgebouwd? En waarom is dat zo opgebouwd?

Waarom worden besparingen in de uitvoeringskosten wel genoemd, maar niet meegenomen als effect op de zorguitgaven?

Na de formele transitie duurt het nog enkele jaren voor alle betrokkenen hun gedrag hebben ingesteld op de nieuwe verhoudingen. Naar inschatting de Technische werkgroep zal het naar verwachting nog meerdere jaren duren voordat de beoogde samenwerking in de regio's goed tot stand is gekomen.

- B100 De komende periode wordt aanvullend onderzoek gedaan naar 1. Eigen betalingen in de zorg; 2. Gezonde leefstijl; 3. Instrumentarium volumebeheersing curatieve zorg; 4. Vormgeving Ouderenzorg. Wanneer zijn deze onderzoeken afgerond? 45 46

Dat is niet aan de Technische werkgroep om te bepalen.

- B101 Welke instanties zijn volgens het CPB het meest aangewezen om deze vier onderzoeken uit te voeren, zodanig dat de uitkomsten van die onderzoeken ook meegenomen kunnen worden in Keuzes in Kaart? 45 46

Het gaat niet zozeer om de vraag wie de onderzoeken uitvoert, maar dat deze van goede kwaliteit zijn.

- B102 Is het CPB voornemens of bereid om het aanbevolen nadere onderzoek naar de vormgeving van de ouderenzorg uit te voeren, indien het daarvoor de opdracht krijgt? 46

Het CPB is samen met het SCP begonnen om een deel van dat onderzoek uit te voeren.

- B103 In hoeverre zijn de beleidsopties met betrekking tot de ouderenzorg juist te beoordelen, gezien er grote onduidelijkheid is over het inschatten van de budgettaire effecten in de ouderenzorg? Met welke reden zijn deze onduidelijkheden niet onderzocht? 46

De onduidelijkheden vormen precies de reden waarom de Technische werkgroep nader onderzoek aanbeveelt voor de vormgeving van de ouderenzorg. Daarvoor is meer tijd nodig dan beschikbaar was gedurende het proces van Zorgkeuzes in Kaart en waarschijnlijk ook extern onderzoek.

¹⁰ <http://www.pnhp.org/publications/nejmadmin.pdf>

Bijlage 3: Technische uitwerking

Nr	Vraag	Blz.	
		van	tot
C001	Kunt u aangeven waarom het opsporen van fraude percentage lastig is, als andere (onderzoeks)bureaus hier wel in slagen? Van fraude in de zorg is sprake indien opzettelijk en doelbewust in strijd met de regels wordt gehandeld met het oog op eigen of andermans (financieel) gewin. Omdat de grens tussen oneigenlijk gebruik, fouten, onrechtmatigheden en daadwerkelijke fraude vaak niet duidelijk is, is het lastig om een eenduidig cijfer te geven over de omvang. De invalshoek en scope verschillen bij onderzoeken die inzicht proberen te verschaffen in de omvang van zorgfraude, waardoor de cijfers ook verschillen.	15	
C002	Zijn de bevindingen ‘de verwachting is dat mensen minder vaak naar de huisarts gaan, of langer wachten voordat ze gaan’ gebaseerd op het onderzoek van Van Vliet (2004)? Ja.	57	
C003	Waar is het bedrag van 725 euro op gebaseerd, dat de maatregel (eigen bijdrage per verrichting) budgettair neutraal zou houden? Op berekeningen van de Technische werkgroep. Zie ook beleidsoptie 023, variant b.	61	
C004	Waarom is er gekozen alleen te kijken naar een eigen bijdrage van 10 euro per ligdag voor een maximum van 100 euro per patiënt per jaar, en niet voor meer dagen of een hogere prijs? Een andere maatvoering is ook mogelijk.	79	
C005	Kunt u vertellen in hoeverre de kosten van de SEH zullen toenemen als men afwijkt van een bezoek aan de HAP? In deze beleidsoptie is gerekend met een substitutie-effect van 10 miljoen euro. Dit is zowel substitutie naar de SEH als een huisarts.	81	